

# Formulario de cambio

para cobertura grupal



## Sección 1 – Información del solicitante (es obligatorio completar esta sección)

Primer nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre

Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_

Sufijo

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Dirección de residencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Número de teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ +4 \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Número de fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Número /categoría del grupo \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ +4 \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Número de identificación del asegurado \_\_\_\_\_

## Sección 2 – Información de inscripción

Quiero inscribirme en un plan:  Médica  Dental  Vista

Razón del cambio:

Inscripción abierta  Nacimiento/Adopción  Matrimonio  Divorcio

Pérdida involuntaria de la cobertura (explique) \_\_\_\_\_

Otra (explique) \_\_\_\_\_

Fecha oficial del evento calificador \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Esta no es la fecha de entrada en vigor.** Puede ser necesario proporcionar la información del evento para completar la inscripción. Será notificado si se necesita dicha documentación.

## Sección 2A – Agregar miembros de la familia a la cobertura (utilice una hoja extra para agregar a los derechohabientes adicionales)

Aviso: Complete todos los campos de la sección 2A para cada derechohabiente que desee agregar.

Relación con el solicitante:  Cónyuge  Hijo(a)  Hijastro(s)  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre

Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_

Sufijo

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Fecha del matrimonio/adopción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen):  Médica  Dental  Vista

Relación con el solicitante:  Cónyuge  Hijo(a)  Hijastro(s)  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre

Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_

Sufijo

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Fecha del matrimonio/adopción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen):  Médica  Dental  Vista

**Sección 2B – Otra cobertura (utilice una hoja extra para agregar a los derechohabientes adicionales con otra cobertura)**

¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro médico?  Sí  No

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de vigencia de la otra cobertura

¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro dental?  Sí  No

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de vigencia de la otra cobertura

¿Usted o alguno de sus derechohabientes mencionados tiene la Parte A y/o la Parte B del Programa Medicare?  Sí  No

¿Tiene derecho a Medicare debido a ESRD (insuficiencia renal permanente)?  Sí  No

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de vigencia de la Parte A de Medicare

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de vigencia de la Parte B de Medicare

Nombre del miembro de la familia que tiene cobertura de Medicare u otra cobertura:

\_\_\_\_\_  
Primer nombre Inicial del segundo nombre

\_\_\_\_\_  
Apellido Sufijo

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguro médico

\_\_\_\_\_  
Número de identificación

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguro dental

\_\_\_\_\_  
Número de identificación

**Sección 3 – Eliminar miembros de la familia de la cobertura (utilice una hoja extra para agregar a los derechohabientes adicionales)**

Marque una opción: (enumere abajo a los miembros específicos que va a eliminar)

- Cambio solo a empleado     Cambio a empleado y cónyuge     Cambio a empleado e hijo(s)  
 Mantener a la familia y eliminar a: \_\_\_\_\_

Razón del cambio:

- Divorcio     Hijo(a) que alcanzó el límite de edad     Muerte     Otra (explique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha oficial del acontecimiento

Relación con el solicitante:  Cónyuge     Hijo(a)     Hijastro(s)     Tutor legal     Custodia legal

\_\_\_\_\_  
Primer nombre Inicial del segundo nombre

Género  Masculino     Femenino    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Apellido Sufijo

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

Relación con el solicitante:  Cónyuge     Hijo(a)     Hijastro(s)     Tutor legal     Custodia legal

\_\_\_\_\_  
Primer nombre Inicial del segundo nombre

Género  Masculino     Femenino    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Apellido Sufijo

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

**Sección 4 – Otros cambios y comentarios**

Certifico que todas las declaraciones hechas en este documento están completas y son verdaderas a mi leal saber y entender. Comprendo que, si no proporciono cualquier información material o si doy información falsa intencionalmente sobre cualquier hecho material, dicha omisión o declaración falsa intencional puede resultar en reevaluación, terminación o rescisión de mi cobertura médica y/o proceso penal.

**Para procesar los cambios anteriores, firme y ponga la fecha:**

**Se requiere su firma**

\_\_\_\_\_  
Solicitante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Representante del administrador del plan, representante del patrocinador del plan o funcionario de la compañía

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de la firma