

# Formulario de cambio

Para cobertura colectiva



Sección 1

## Siempre llene esta sección:

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido (Sr., Jr., etc.) Primer nombre Inicial del segundo nombre

Dirección física \_\_\_\_\_  
Calle

Ciudad Estado Código postal + 4 Condado

Dirección postal si es distinta a la dirección física \_\_\_\_\_  
Calle/P.O. Box

Ciudad Estado Código postal + 4 Condado

Sexo  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número telefónico de la casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Código de área

**Empleador** \_\_\_\_\_ Número telefónico del trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Código de área

Número de identificación de miembro \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

## llene esta sección para incorporar familiares. Si usted tiene un plan exento, los dependientes adultos elegibles para tener cobertura a través de otro grupo de empleados no son elegibles para tener cobertura a través de este plan.

Cambio en la familia debido a:

- Nacimiento/adopción  Pérdida involuntaria de la cobertura (explique la razón) \_\_\_\_\_
- Divorcio \_\_\_\_\_
- Inscripción abierta \_\_\_\_\_
- Matrimonio  Otros (explique la razón) \_\_\_\_\_

Deseo la inscripción en:	Salud	Dental
Solamente para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mí y mi cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mí y mi(s) hijo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mí y mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de la ocurrencia \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

## Cónyuge (llene esta sección si el cónyuge está incluido en el plan)

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido (Sr., Jr., etc.) Primer nombre Inicial del segundo nombre

Sexo  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de matrimonio \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

Sección 2

## Dependiente

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido (Sr., Jr., etc.) Primer nombre Inicial del segundo nombre

Sexo  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Estudiante de tiempo completo?  Sí  No  
DD MM AAAA

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el empleado:  Hijo(a)  Hijastro(a)  
 Tutela legal  Custodia legal

## Dependiente

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido (Sr., Jr., etc.) Primer nombre Inicial del segundo nombre

Sexo  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Estudiante de tiempo completo?  Sí  No  
DD MM AAAA

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el empleado:  Hijo(a)  Hijastro(a)  
 Tutela legal  Custodia legal

