

# Formulario de cambio

para cobertura grupal



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

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección de residencia _____		(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
Ciudad _____		Número de teléfono de casa	Número de teléfono móvil
Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____		Correo electrónico _____	
Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) _____		Empleado por _____	
Ciudad _____		(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____		Número de teléfono del lugar de trabajo	Número de fax
		Número de grupo / Categoría _____	
		Número de identificación del asegurado _____	

## Sección 2 – Información de inscripción

Quiero inscribirme en:  Médico  Dental  Vista

Razón del cambio:

- Inscripción abierta  Nacimiento/Adopción  Matrimonio  Divorcio
- Pérdida involuntaria de la cobertura (explique) \_\_\_\_\_
- Otro (explique) \_\_\_\_\_

Fecha oficial del evento calificado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra compañía aseguradora?  Sí  No

## 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 en la sección 2A para cada derechohabiente que desea agregar.

Relación con el solicitante:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____

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

¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra compañía aseguradora?  Sí  No

Relación con el solicitante:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____

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

¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra compañía aseguradora?  Sí  No

## Sección 2A – Agregar miembros de la familia a la cobertura (continuación)

Relación con el solicitante:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ 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):  Médico  Dental  Vista  
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra compañía aseguradora?  Sí  No

**¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro médico/dental (excepto Medicare, Medicaid o SRS)?**  Sí  No

¿Usted o alguno de sus dependientes mencionados tienen 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

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

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

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

Número de identificación del Programa Medicare \_\_\_\_\_

Parte A Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Parte B Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 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 desea eliminar)

Cambiar a solo empleado  Cambiar a empleado y el cónyuge  Cambiar a empleado e hijo(s)

Conservar a la familia y finalizar la cobertura para: \_\_\_\_\_

Razón del cambio:

Divorcio  Hijo que está alcanzando el límite de edad  Muerte  Otro (explique): \_\_\_\_\_

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

Relación con el solicitante:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

## Sección 4 – Otros cambios y comentarios

Yo afirmo que todas las declaraciones proporcionadas en este documento están completas y son verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que, si no cumplo con proporcionar cualquier información material o si deliberadamente hago una declaración falsa sobre cualquier hecho, tal omisión o declaración falsa intencional podría resultar en la reclasificación, cancelación o rescisión de mi cobertura del seguro médico y/o una persecución criminal.

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

**Se requiere su firma**

\_\_\_\_\_  
Solicitante

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha en que se firma

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha en que se firma