



SOLICITUD DE CAMBIO DEL SUSCRIPTOR

(todos los cambios se deben recibir dentro de 31 días de la fecha efectiva del cambio)

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO – Esta sección debe completarse.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR (DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)	NÚMERO DEL GRUPO (DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)		
TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELÉFONO DE LA CASA ()		
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
GRUPO/NOMBRE DEL EMPLEADOR (SI CORRESPONDE):	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA		

CHANGES

SÍ NO ¿ES ESTE UN CAMBIO/CORRECCIÓN DE DIRECCIÓN? SÍ NO ¿ES ESTE CAMBIO / CORRECCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE UN DEPENDIENTE?

SI ES SÍ, FAVOR DE INDICAR EL NOMBRE DEL DEPENDIENTE Y EL CAMBIO DE DIRECCIÓN _____

FECHA EFECTIVA SOLICITADA: ____/____/____

CORRIJA MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A: _____ - _____ - _____ (DEBE ADJUNTAR COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO SOCIAL Y UNA FOTO DE IDENTIFICACIÓN)

* TRASLADÉ MI COBERTURA A: HMO PPO POS DHMO DPPO DEL GRUPO # _____ - _____ AL GRUPO # _____ - _____ EN EL GRUPO DE MI EMPLEADOR.

* CORRIJA / CAMBIE MI NOMBRE A:

CORRIJA / CAMBIE LA FECHA DE NACIMIENTO A: ____/____/____

CAMBIOS / COMENTARIOS ADICIONALES:

* CANCELACIÓN DEL SUSCRIPTOR: DECLINO LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD PAR MÍ (Y MIS DEPENDIENTES SI EXISTEN) EFECTIVO: ____/____/____

CAMBIOS EN LA COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES

* AGREGUE DEPENDIENTE(S) FECHA DEL MATRIMONIO / DIVORCIO SI ESTÁ AGREGANDO / CANCELANDO A SU CÓNYUGE: ____/____/____

* CANCELE DEPENDIENTE(S) SI ES PARA CUSTODIA, PONGA LA FECHA DE ADOPCIÓN Y ADJUNTE UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS LEGALES: ____/____/____

FECHA EFECTIVA SOLICITADA PARA AGREGAR / CANCELAR: ____/____/____

GRUPOS EMPLEADORES: FAVOR DE INCLUIR UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE HIPAA SI NO ESTÁ AGREGANDO UN PARTICIPANTE DURANTE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA EVENTO QUE CALIFICA: _____ FECHA DEL EVENTO QUE CALIFICA: ____/____/____

NOTA: NIÑOS RECIÉN NACIDOS / ADOPTADOS NECESITAN QUE SE ENVÍE UNA SOLICITUD DE CAMBIO DEL SUSCRIPTOR DENTRO DE 31 DÍAS DE LA FECHA DE NACIMIENTO / ADOPCIÓN PARA SER AGREGADOS A LA COBERTURA DEL EMPLEADO.

FAVOR DE MARCAR CUÁL CAMBIO DE BENEFICIO CORRESPONDE A:
D= DENTAL O M= MÉDICO

MIEMBROS HMO O POS DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN

AGREGUE		CANCELE		APELLIDO	NOMBRE	IN.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ES ESTE DEPENDIENTE UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO	HMO/POS NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL	PACIENTE ACTUAL	SÓLO DENTAL HMO	
D	M	D	M										MES
				YO						NOMBRE DEL DR.:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL:	# DEL CENTRO DENTAL:
				CÓNYUGE						NOMBRE DEL DR.:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL:	# DEL CENTRO DENTAL:
				HIJO(A)					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL DR.:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL:	# DEL CENTRO DENTAL:
				HIJO(A)					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL DR.:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL:	# DEL CENTRO DENTAL:
				HIJO(A)					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL DR.:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL:	# DEL CENTRO DENTAL:

PARA COBERTURA DE GRUPO

* VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR: EL EMPLEADOR DEBE FIRMAR CUALQUIER CAMBIO DEL SUSCRIPTOR: NOMBRE, CANCELACIÓN, AGREGAR O CANCELAR UN DEPENDIENTE O TRASLADO A UN NÚMERO DE GRUPO DISTINTO O A UNA SECCIÓN/UNIDAD DE FACTURACIÓN. FIRMA DEL EMPLEADOR _____ FECHA ____/____/____

FIRMA DEL EMPLEADO _____ FECHA ____/____/____

SI MANDA ESTE FORMULARIO POR FAX, GUARDE ESTE DOCUMENTO PARA SUS ARCHIVOS.