

Formulario para cambios en el seguro de Humana para empleados

Escriba claramente en letra de imprenta y rellene todos los círculos que correspondan.

Nº de grupo médico actual _____ Nº de beneficio _____ Clase/División _____
Nº de grupo dental actual _____ Fecha de vigencia propuesta para el cambio: ___ / ___ / _____
Nombre de la compañía _____ Ciudad de la compañía _____ Estado _____

Información sobre el empleado y cambios

Sírvase indicar la información del empleado y todos los cambios correspondientes.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Nº de Seguro Social _____

Cambiar el beneficio médico/clase a: Nº de beneficio: _____ Clase/División: _____

Cambiar o seleccionar médico de atención primaria del empleado (sólo HMO y POS):

Médico de atención primaria: _____ ID del médico: _____

Cambiar el beneficio dental/clase a: Nº de beneficio: _____ Clase/División: _____

Cambiar o seleccionar dentista de atención primaria del empleado (aplicable sólo en AZ, CA, FL, IL y TX):

Dentista principal: _____ Nº de establecimiento: _____

Cambiar seguro de vida básico/clase a: Nº de beneficio: _____ Clase/División: _____

Cambiar beneficiario del seguro de vida básico: Nº de grupo: _____

Nombre del beneficiario principal: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Nombre del beneficiario secundario: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Cambiar beneficiario del seguro de vida voluntario: Nº de grupo: _____

Nombre del beneficiario principal: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Nombre del beneficiario secundario: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Cancelar mi cobertura para los siguientes productos: Seguro médico Dental Seguro de vida básico Seguro de vida voluntario

Protección de ingresos a corto plazo Cuenta de ahorros de salud (HSA)

FSA para los servicios de salud FSA para cuidado de dependientes

Información del acontecimiento que origina los cambios

Indicar a continuación la fecha del acontecimiento que origina los cambios del empleado o dependiente y el motivo de dichos cambios.

Fecha del acontecimiento que origina los cambios: ___ / ___ / _____

Motivo del cambio:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Recontratación | <input type="radio"/> Matrimonio | <input type="radio"/> Cese de cobertura del empleador del cónyuge |
| <input type="radio"/> Cese del aporte del empleador | <input type="radio"/> Separación legal | <input type="radio"/> Cónyuge pasa de empleado de tiempo completo a tiempo parcial |
| <input type="radio"/> Nacimiento / adopción de dependiente | <input type="radio"/> Divorcio | <input type="radio"/> Otros: _____ |
| <input type="radio"/> Dependiente cambia a estudiante de tiempo completo | <input type="radio"/> Fallecimiento del cónyuge | |
| | <input type="radio"/> Cese de relación laboral del cónyuge | |

Información de cambio de dirección

El cambio de dirección corresponde a:

Sólo al empleado Empleado y todos los dependientes cubiertos

Sólo para el siguiente dependiente (nombre completo en letra de imprenta):

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección (nueva) _____ Apart. / Ofic. / Apdo. postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección de correo electrónico _____ Nº de teléfono _____

Cambios del dependiente

Sírvase completar esta sección para todos los cambios del dependiente.

1 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento _____
 N° de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Parentesco: Cónyuge Hijo Otro: _____
 Situación del dependiente (si corresponde): Estudiante de tiempo completo Discapacitado
 Si es discapacitado, indique el motivo: _____
 Agregar o **Eliminar** dependiente de mi plan actual para los siguientes productos:
 Seguro médico Dental Seguro de vida básico Seguro de vida voluntario
 Cambiar o seleccionar médico de atención primaria (sólo HMO y POS):
 Médico de atención primaria: _____ ID del médico: _____
 Cambiar o seleccionar DHMO (aplicable sólo en AZ, CA, FL, IL y TX):
 Dentista principal: _____ N° de establecimiento: _____

2 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento _____
 N° de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Parentesco: Cónyuge Hijo Otro: _____
 Situación del dependiente (si corresponde): Estudiante de tiempo completo Discapacitado
 Si es discapacitado, indique el motivo: _____
 Agregar o **Eliminar** dependiente de mi plan actual para los siguientes productos:
 Seguro médico Dental Seguro de vida básico Seguro de vida voluntario
 Cambiar o seleccionar médico de atención primaria (sólo HMO y POS):
 Médico de atención primaria: _____ ID del médico: _____
 Cambiar o seleccionar DHMO (aplicable sólo en AZ, CA, FL, IL y TX):
 Dentista principal: _____ N° de establecimiento: _____

3 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento _____
 N° de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Parentesco: Cónyuge Hijo Otro: _____
 Situación del dependiente (si corresponde): Estudiante de tiempo completo Discapacitado
 Si es discapacitado, indique el motivo: _____
 Agregar o **Eliminar** dependiente de mi plan actual para los siguientes productos:
 Seguro médico Dental Seguro de vida básico Seguro de vida voluntario
 Cambiar o seleccionar médico de atención primaria (sólo HMO y POS):
 Médico de atención primaria: _____ ID del médico: _____
 Cambiar o seleccionar DHMO (aplicable sólo en AZ, CA, FL, IL y TX):
 Dentista principal: _____ N° de establecimiento: _____

Firma: sírvase firmar a continuación si solicita cambios

Firma del empleado o representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre y relación del representante legal: _____