

# Formulario de COBERTURA ALTERNATIVA/COBRA (consulte las instrucciones en el reverso)

Marque con una cruz su(s) plan(es) anterior(es):



- Select Care<sup>SM</sup>
- Select Care Plus<sup>SM</sup>
- Select Med Plus<sup>SM</sup>
- Select Choice Premier<sup>SM</sup>\*
- Select Choice<sup>SM</sup>\*
- SelectHealth Eyewear<sup>SM</sup>

- Select Med<sup>SM</sup>
- Select Value<sup>SM</sup>
- SelectHealth Dental<sup>SM</sup>

\* Los beneficios están administrados por SelectHealth, Inc. y respaldados (asegurados) por SelectHealth Benefit Assurance Company, Inc.

## A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (Beneficiario Calificado)

### Beneficiario Calificado (QB)

- Deseo afiliarme a COBRA o;
- Deseo afiliarme a 12 meses de cobertura alternativa (NetCare) y renunciar a mis derechos de COBRA. Opciones del deducible de NetCare:
- Deducible de \$1,500  Deducible de \$3,500

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer  
 N.º Seguro Social \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 N.º teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N.º teléfono del hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Estado civil  Soltero  Casado legalmente  Divorciado  Viudo  Separado  
 Si usted no es el empleado, complete el nombre, N.º Seguro Social y su relación con el empleado bajo el cual usted estaba cubierto anteriormente.  
 Apellido del empleado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ N.º Seguro Social \_\_\_\_\_

## B. INFORMACIÓN DE COBERTURA

Complete la siguiente información en su totalidad. Enumérese a sí mismo y a todos los dependientes elegibles (cónyuge e hijos) que desea cubrir. Los hijos deben enumerarse por orden de edad. **Enumere el parentesco de los hijos** como hijo/hija, hijastro/hijastra. Use una línea por persona. Si necesita espacio adicional, use otro Formulario de Cobertura Alternativa/COBRA. No habrá cobertura para los dependientes no enumerados.

**NOTA:** usted puede optar por continuar sólo con esos beneficios para los que se afilió antes del evento calificador para usted y alguno de sus dependientes elegibles

	NOMBRE DEL MIEMBRO A CUBRIR (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	COBERTURA			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	PARENTESCO	N.º SEGURO SOCIAL
		Médica	Dental	Visual	H	M			
1	Usted								
2									
3									
4									
5									
6									

¿Está obligado su ex cónyuge a pagar los gastos médicos de sus dependientes por una sentencia de divorcio?  Sí  No

En caso afirmativo, usted debe adjuntar una copia de la sentencia de divorcio a este formulario. Usted debe incluir la primera página de la sentencia, la página de firmas y cualquier parte de la sentencia que especifique la responsabilidad de la cobertura de los dependientes.

¿Tendrá usted otro seguro médico?  Sí  No (En caso afirmativo, complete la siguiente información.)

	MIEMBRO A CUBRIR	PROVEEDOR DE SEGURO	N.º TEL.	FECHA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA (MM/DD/AA)	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
1					
2					
3					

## C. FIRMA (Beneficiario Calificado)

Por la presente solicito la membresía bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA) Cobertura Alternativa (NetCare) y realizo esta solicitud para las personas que figuran en esta solicitud (en adelante los solicitantes) y estoy de acuerdo en presentar al empleador a través de quien se me ha ofrecido esta cobertura las cuotas de prepago de la cobertura como exige SelectHealth/SelectHealth BAC. Entiendo que las cuotas iniciales de prepago deben recibirse dentro de 45 días de esta elección. Entiendo que si no realizo mis pagos mensuales conforme a las reglas establecidas por el grupo del empleador, mi cobertura cesará a partir del final del periodo para el cual se hizo el pago y no se podrá reintegrar. Acepto las condiciones del acuerdo colectivo entre el empleador y SelectHealth/SelectHealth BAC. Entiendo que dicho acuerdo obra en los archivos del empleador y SelectHealth/SelectHealth BAC, y está disponible para mi inspección. Entiendo que la falsificación material deliberada al responder las preguntas en esta solicitud o la falta de pago de las cuotas de prepago, coaseguro o copagos pueden dar lugar a la rescisión o cancelación de mi cobertura y la de mis dependientes. Entiendo que la cantidad de tiempo que puedo estar cubierto dependerá de la naturaleza del evento calificador, que me calificó para la cobertura, y que mis beneficios pueden verse afectados por cambios en el plan colectivo del empleador.

Doy fe de que la información en este formulario es verídica. Entiendo que a ningún agente o representante de SelectHealth/SelectHealth BAC se le autoriza permitirme responder ninguna pregunta en forma imprecisa, deshonesto o incompleta, y declaro que eso no ocurrió. Entiendo que es mi responsabilidad continua informar a SelectHealth/SelectHealth BAC de cualquier cambio en la elegibilidad de cualquiera de los solicitantes que se afilian.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## D. SECCIÓN DEL EMPLEADOR

### Información del evento calificador

El empleado es elegible para la continuación o la cobertura de salud debido a (marque uno):

- Cese del empleado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Reducción en las horas de trabajo del empleado
- Muerte del empleado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Empleado fue elegible para Medicare \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (podría requerirse información adicional)
- Divorcio o anulación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- El dependiente ya no cumple los requisitos de elegibilidad \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Transferencia de la cobertura del proveedor de seguro anterior (si proviene de un proveedor de seguro del plan de Cobertura Alternativa/COBRA, especifique la información del evento calificador y la información del periodo de cobertura.)

### Información del periodo de cobertura

Fecha del evento calificador

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Periodo de cobertura del evento calificador

- 18 meses
- 36 meses

(La Cobertura Alternativa es de 12 meses)

Fecha en que vence la cobertura

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Extensión de la cobertura de COBRA

Duración de la extensión \_\_\_\_\_ meses

Fecha en que inició y vence la Cobertura Alternativa/COBRA

De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Motivo de la extensión \_\_\_\_\_

**Nota:** si está extendiendo la cobertura por una discapacidad, usted debe adjuntar una copia de la carta de Determinación de la Administración del Seguro Social a este formulario.

Último día de la cobertura colectiva regular \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Número de la compañía \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

Aprobación del empleador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Instrucciones para el Formulario de COBERTURA ALTERNATIVA/COBRA

### INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO

Todas las áreas deberán ser completadas en detalle por usted y/o el empleador. Es responsabilidad de usted leer y entender esta información y seguir las instrucciones proporcionadas. Escriba de forma legible. La solicitud y los formularios que sean ilegibles o estén incompletos incurrirán en un retraso.

Las siguientes instrucciones generalmente responderán las preguntas que usted pueda tener. Si necesita más ayuda, póngase en contacto con un representante de Recursos Humanos/Personal del empleador a través del que usted está recibiendo la cobertura. Para comunicarse con Servicios al Cliente de SelectHealth, llame al 801-442-5038 (área de Salt Lake) o al 800-538-5038 entre semana, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m.

**A. Información del Beneficiario Calificado:** complete esta sección con la información sobre el Beneficiario Calificado.

**Información del empleado:** complete la información del empleado. Si usted no es el empleado, debe completar el nombre, número de Seguro Social y su parentesco con el empleado.

**B. Información de la cobertura:** enumere individualmente a aquellas personas que desea cubrir.

**C. Firma:** lea detenidamente la información en esta sección. Firme y ponga la fecha para completar este formulario.

**D. Sección del empleador:** un representante autorizado del grupo del empleador debe completar esta sección.

- "Información del evento calificador": indique el motivo de esta continuación de cobertura.
- "Información del periodo de cobertura": ingrese la fecha del evento calificador y marque el recuadro del periodo de cobertura del evento calificador. Además, marque la fecha en que vence la Cobertura Alternativa/COBRA.
- "Extensión de la Cobertura de COBRA": complete la duración de la extensión, las fechas de inicio y finalización de la Cobertura Alternativa/COBRA y los motivos de la extensión.
- La "Fecha de vigencia" es la fecha exacta en la que inicia la cobertura.
- El "Número de la compañía" lo asigna su empleador. Si el grupo del empleador es nuevo para SelectHealth/SelectHealth BAC, deje este espacio en blanco y el número será asignado. Si al grupo del empleador se le asignó previamente un número por su empleador, escriba ese número en el espacio proporcionado. (Vea la esquina izquierda de la factura para consultar el "Número de la compañía".)
- La sección "Comentarios" puede utilizarse para comunicar diversa información a SelectHealth/SelectHealth BAC.
- La firma del representante del empleador y la fecha en que se firmó deben completarse para validar la solicitud. Dicha aprobación del empleador también indica su aceptación de pagar todas las cuotas de prepago según lo requiere SelectHealth/SelectHealth BAC.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

- Un Formulario de Cambio indicando el cese del (los) miembro(s) del plan de la cobertura colectiva regular debe preceder o acompañar la presentación de este formulario al Plan.
- Si usted se afilió previamente a un Plan de Salud con Deducibles Altos (HDHP, por sus siglas en inglés) con una Cuenta de Ahorro Médico (HSA, por sus siglas en inglés), SelectHealth pudo haber presentado su información de elegibilidad y de reclamaciones a un proveedor de HSA. Si usted se vuelve elegible en un plan de cobertura alternativa o COBRA, SelectHealth ya no presentará esta información por usted. Además, se le podrían facturar los costos administrativos de la HSA. Comuníquese con su proveedor de HSA para conocer los detalles.