

Formulario de modificación Pequeño empleador

Complete solamente las secciones correspondientes

Nombre del empleado _____ N.º de Id. del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

A. CAMBIO DE INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre cambiado de _____ Cambio de estado civil Casado legalmente Divorciado Fallecido

Nombre cambiado a _____ Fecha de entrada en vigor del cambio de estado civil _____

Nuevo domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Nuevo número telefónico _____

B. AGREGAR SOLAMENTE UN NIÑO RECIÉN NACIDO O ADOPTADO

Use esta sección solamente para agregar a un niño recién nacido, un niño adoptado o un niño en adopción. Este formulario de modificación puede entregarse antes de que transcurran **31 días** de la fecha de nacimiento, adopción o entrega en adopción del niño. Todos los demás dependientes deben enviar una solicitud de empleo completa.

Apellido	Nombre	Inicial	Cobertura			Sexo	Parentesco	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
			Médica	Dental	Lentes			
1.						M/F	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adoptado*	
2.						M/F	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adoptado*	

* Enviar una copia de los papeles de adopción o de la entrega en adopción

C. BORRAR MIEMBROS DE LA FAMILIA

Borrar niños

Apellido	Nombre	Inicial	Cobertura			Fecha de entrada en vigor (MM/DD/AA)	Motivo
			Médica	Dental	Lentes		
1.							
2.							
3.							

Borrar cónyuge

Apellido	Nombre	Inicial	Cobertura			Fecha de entrada en vigor (MM/DD/AA)	Motivo
			Médica	Dental	Lentes		
							<input type="checkbox"/> Deceso <input type="checkbox"/> Anulación* <input type="checkbox"/> Divorcio* <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Inscripción abierta

* Si elimina la cobertura para su cónyuge como resultado de un divorcio o una anulación recientes, complete lo siguiente:

- Si cuenta con cobertura familiar, debe enviar la primera y la última página de su sentencia de divorcio y cualquier otra página que especifique responsabilidades relacionadas con la cobertura para niños dependientes.
- Si no cuenta con cobertura familiar, su cónyuge puede firmar este formulario a continuación reconociendo la solicitud de suspender la cobertura, o usted puede enviar una copia de la primera y la última página de su sentencia de divorcio.

Si firma este formulario, reconoce que ya no recibirá cobertura de salud a través de SelectHealth. También comprende que puede tener derechos para continuar con la cobertura como resultado de un divorcio reciente y que un patrocinador del plan (empleador del cónyuge) puede brindarle información adicional relacionada con cómo continuar con la cobertura.

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Se requiere la firma del cónyuge, excepto en caso de fallecimiento o de inscripción abierta.

D. FINALIZACIÓN O SUSPENSIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS O DENTALES DEL EMPLEADO (marque los casilleros correspondientes solamente para el empleado)

Fecha de cambio real _____ (último día trabajado/pérdida de elegibilidad/jubilado, etc.)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Finalización del empleo | <input type="checkbox"/> Solicitud de NetCare (alternativa de cobertura Utah mini-COBRA o COBRA) | <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura (debido a una cobertura grupal correspondiente a un plan del cónyuge o de los padres) |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pérdida de la elegibilidad (tiempo completo a medio tiempo, etc., pero sigue siendo empleado) | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental |
| <input type="checkbox"/> Deceso (no se requiere la firma del empleado) | <input type="checkbox"/> Finalización de la cobertura Utah mini-COBRA o COBRA | <input type="checkbox"/> Ya no desea la cobertura (sujeto a los requisitos de participación grupal) |
| <input type="checkbox"/> Retiro por servicio militar activo | | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Lentes |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de Utah mini-COBRA** | | |

** Se requieren tres meses de cobertura grupal continua a través de su empleador actual para Utah mini-COBRA. **El empleador y el empleado deben firmar este formulario.**

E. FIRMA DEL EMPLEADO

Si firma, acepta los cambios solicitados anteriormente.

Firma del empleado _____ Fecha _____

F. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (debe completarse)

Para la finalización del empleo, debe marcar uno de los dos casilleros que se encuentran a continuación.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si marca este casillero, usted certifica que la persona que aparece en este formulario es elegible para Utah mini-COBRA y que le ha suministrado a esta persona el aviso de elección de continuación de cobertura del Departamento de Seguros de Utah. | <input type="checkbox"/> Si marca este casillero, usted certifica que la persona que aparece en este formulario no es elegible para Utah mini-COBRA. |
|---|--|

Nota: Si un empleado está solicitando la cobertura COBRA, se le solicitará prueba de la elegibilidad para COBRA. Los empleados que soliciten la cobertura COBRA deben completar un formulario individual para COBRA. Para recibir respuestas a sus preguntas relacionadas con COBRA, llame al 415-625-2481. Llame al 801-442-5615 para obtener los formularios para COBRA.

Después de completar este formulario de modificación, envíelo por fax al 801-442-5798.

Firma del empleador _____ Fecha _____

Nombre de la empresa _____ N.º de grupo _____

Comentarios _____