

Formulario de COBRA (Vea las instrucciones al reverso)

Marque sus planes previos:



- Select CareSM
- Select Care PlusSM
- Select Med[®]
- Select Med Plus[®]
- Select ChoiceSM*
- Select Value[®]
- SelectHealth Share[®]*
- SelectHealth EyewearSM
- SelectHealth Dental[®]

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

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Me gustaría inscribirme en COBRA

Nombre del empleador _____ Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) _____ Sexo Hombre Mujer

N.º de Seguro Social _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono del trabajo (_____) _____ N.º de teléfono particular (_____) _____ Estado civil Soltero Legalmente casado Divorciado Viudo Separado

Nombre del empleado _____ Apellido Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ N.º de Seguro Social _____

Si no es el empleado, indique el nombre, n.º de Seguro Social y su relación con el empleado bajo el que estaba anteriormente cubierto en la Sección B.

B. INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA

Complete la siguiente información en su totalidad. Inclúyase usted y todos los dependientes elegibles (cónyuge y niños) a los que desea cubrir. Los niños se deben indicar por orden de edad. **Indique la relación de los niños** como hijo/hija, hijastro/hijastra. Use una línea por individuo. Si necesita más espacio, use otro Formulario para el programa COBRA. Los dependientes no mencionados en la lista no estarán cubiertos.

NOTA: Puede elegir continuar solamente con aquellos beneficios en los que se inscribió antes del evento que califique para usted y cualquier dependiente elegible

	NOMBRE DEL MIEMBRO QUE SE CUBRIRÁ (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	COBERTURA			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL
		Médica	Dental	Anteojos	H	M			
1	Usted mismo								
2									
3									
4									
5									
6									

¿Su excónyuge está obligado a pagar los gastos médicos de sus dependientes por una sentencia de divorcio? Sí No

Si respondió sí, debe adjuntar una copia de la sentencia de divorcio a este formulario. Debe incluir la primera página de la sentencia de divorcio, la página de firmas y cualquier otra parte de la sentencia de divorcio que especifique la responsabilidad por la cobertura de los dependientes.

¿Tendrá otro seguro de salud? Sí No (Si respondió afirmativamente, complete la siguiente información).

	MIEMBRO QUE SE CUBRIRÁ	N.º DE TELÉFONO	DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PÓLIZA (MM/DD/AA)	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
1					
2					
3					

C. FIRMA

Por el presente documento, solicito la membresía en virtud de la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985 y realizo dicha petición para las personas que se mencionan en esta solicitud (en este documento, solicitantes) y acepto enviarlo al empleador a través de quien se me han ofrecido los costos de prepago de esta cobertura, tal como exige SelectHealth/SelectHealth BAC. Entiendo que los costos de prepago iniciales se deben recibir en el lapso de 45 días siguientes a esta elección. Entiendo que si no hago mis pagos mensuales conforme a las normas establecidas por el grupo del empleador, mi cobertura cesará al final del período para el que se hizo el pago y no se podrá reinstaurar. Acepto los términos del acuerdo de grupo entre el empleador y SelectHealth/SelectHealth BAC. Entiendo que dicho acuerdo está archivado con el empleador y SelectHealth/SelectHealth BAC, y está disponible para que pueda inspeccionarlo. Entiendo que la tergiversación material intencional en las respuestas a las preguntas de esta solicitud o la falta de pago de los costos de prepagos, coseguro o copagos puede derivar en la rescisión o cancelación de mi cobertura y la de mis dependientes. Entiendo que el período de vigencia de mi cobertura dependerá de la naturaleza del acontecimiento que califique, que me hiciera calificar para recibir cobertura y que mis beneficios se pueden ver afectados por los cambios en el plan de grupo del empleador.

Declaro que la información incluida en este formulario es verdadera. Entiendo que ningún agente ni representante de SelectHealth/SelectHealth BAC está autorizado para que me permita responder cualquier pregunta de manera imprecisa, engañosa o incompleta, y declaro que esto no ocurrió. Entiendo que soy responsable continuamente de informar a SelectHealth/SelectHealth BAC cualquier cambio en la elegibilidad de cualquiera de los solicitantes que se convirtieron en miembros.

Firma del empleado _____ Fecha _____

D. SECCIÓN DEL EMPLEADOR

Información del acontecimiento que le hizo calificar

El empleado califica para la continuación o la cobertura de salud debido a (marque una):

- Despido del empleado ____/____/____
- Reducción de las horas de trabajo del empleado
- Muerte del empleado ____/____/____
- El empleado se volvió elegible para Medicare ____/____/____
(es posible que se requiera más información)
- Divorcio o anulación ____/____/____
- El dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad ____/____/____
- Transferencia de la cobertura de la aseguradora anterior (si procede de un plan COBRA de una aseguradora anterior). Especifique la información del acontecimiento que le hace calificar y la información del período de cobertura.

Información del período de cobertura

Fecha del acontecimiento que le hizo calificar

____/____/____

Período de cobertura del acontecimiento que le hace calificar

- 18 meses
- 36 meses

Fecha de vencimiento de la cobertura

____/____/____

Prórroga de la cobertura del programa COBRA

Duración de la prórroga _____ meses

Fecha de inicio y vencimiento del programa COBRA:

Desde _____ Hasta _____

Motivo de la prórroga _____

Nota: Si está extendiendo la cobertura por discapacidad, debe adjuntar una copia de la carta de determinación de la Administración del Seguro Social a este formulario.

Último día de la cobertura de grupo regular _____ Fecha de entrada en vigor _____ Número de la compañía _____

Comentarios _____

Aprobación del empleador _____ Fecha _____

Instrucciones del Formulario para el programa COBRA

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Usted y/o el empleador deberán completar todas las áreas en detalle. Usted tiene la responsabilidad de leer y entender esta información, y de seguir las instrucciones proporcionadas. Escriba con letra legible. Las solicitudes y formularios que sean ilegibles o estén incompletos se demorarán.

Las siguientes instrucciones responderán normalmente cualquier pregunta que pueda tener. Si necesita más ayuda, comuníquese con un representante del Personal/Recursos Humanos del empleador a través del cual recibe la cobertura. Para comunicarse con Servicios para Miembros de SelectHealth, llame al 800-538-5038 de lunes a viernes, 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 empleado** - Complete la información del empleado. Si usted no es el empleado, debe completar el nombre, número de Seguro Social y su relación con el empleado en la Sección B.
- B. Información de la cobertura** - Indique individualmente a aquellas personas que quiera cubrir.
- C. Firma** - Lea atentamente la información en esta sección. Firme y feche para completar este formulario.
- D. Sección del empleador** - Un representante autorizado del grupo del empleador debe completar esta sección.
 - "Información del acontecimiento que le hizo calificar" - Indique el motivo para la continuación de esta cobertura.
 - "Información del período de cobertura" - Ingrese la fecha del acontecimiento que le hizo calificar y marque la casilla del período de cobertura del acontecimiento que le hizo calificar. Marque también la fecha en que vence la cobertura de COBRA.
 - "Prórroga de la cobertura de COBRA" - Complete la duración de la prórroga, las fechas de inicio y finalización de la cobertura de COBRA y el motivo de la prórroga.
 - La "fecha de entrada en vigor" es la fecha exacta en la que comenzará la cobertura.
 - Su empleador asigna el "Número de la compañía". Si el empleador es nuevo para SelectHealth/SelectHealth BAC, deje este espacio en blanco y se asignará el número. Si el empleador ha asignado previamente un número al grupo del empleador, escriba ese número en el espacio proporcionado. (Vea el "Número de la compañía" en la esquina izquierda de la factura").
 - La sección "Comentarios" se puede usar para comunicar información diversa a SelectHealth/SelectHealth BAC.
 - La firma del representante del empleador y la fecha de la firma se deben completar para validar la solicitud. La aprobación del empleador también indica su aceptación de pagar todos los costos de prepagos como lo exige SelectHealth/SelectHealth BAC.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Un formulario de cambio que indica la terminación del plan de los miembros de la cobertura de grupo regular debe anteceder o acompañar la presentación de este formulario.
- Si estaba inscrito anteriormente en un plan de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés), SelectHealth puede haber presentado su información de elegibilidad y reclamaciones a un vendedor de HSA. Si se vuelve elegible sobre la base de un plan COBRA, SelectHealth ya no enviará esta información por usted. Además, es posible que se le facturen los costos administrativos de la HSA. Comuníquese con su vendedor de HSA para obtener detalles.