

Formulario de cambio de pequeños empleadores, Utah

Complete las secciones aplicables únicamente

Nombre del empleado _____ # de Id. del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

A. CAMBIO DE INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE O EMPLEADO

Cambio de nombre por _____ Cambio de estado civil Casado legalmente Divorciado Fallecido

Cambio de nombre a _____ Fecha de cambio de estado civil _____

Nueva dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ N.º de tel. nuevo _____

B. AGREGAR SOLO NIÑOS RECIÉN NACIDOS O ADOPTADOS

Use esta sección para agregar solo los niños recién nacidos, adoptados o dados en adopción. Todos los demás dependientes deben presentar una Solicitud de empleado completa.

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

* Presentar copia de la adopción o los documentos de la colocación para adopción

C. ELIMINAR MIEMBROS DE LA FAMILIA

Eliminar niños

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

Eliminar cónyuge

	Apellido	Nombre	Inicial	Cobertura			Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AA)	Motivo
				Médica	Dental	Anteojos		

- Muerte Anulación
 Divorcio Otro
 Inscripción abierta

Si elimina la cobertura para su cónyuge como consecuencia de un divorcio o anulación, complete lo siguiente:

- Si tiene cobertura familiar, debe presentar la primera y última páginas de la sentencia de divorcio y cualquier página donde se especifiquen sus responsabilidades de cobertura para niños dependientes.
- Si no tiene cobertura familiar, su cónyuge puede firmar el siguiente formulario para confirmar la solicitud de interrupción de la cobertura o puede presentar una copia de la primera y última página de la sentencia de divorcio.

Al firmar este formulario, reconozco que ya no tendré cobertura de atención médica a través de SelectHealth. Entiendo que puedo tener derechos para continuar con la cobertura como consecuencia de mi divorcio reciente y que la información adicional sobre cómo continuar con la cobertura se puede obtener a través del patrocinador del plan (empleador del cónyuge).

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Excepto cuando el cónyuge ha fallecido, o en la inscripción abierta, la firma del cónyuge es obligatoria.

D. TÉRMINO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS, DENTALES O DE ANTEOJOS PARA EL EMPLEADO (Marque solo las casillas correspondientes al empleado)

Eliminar niños

Fecha real del cambio _____ (Último día trabajado/elegibilidad perdida/jubilado, etc.)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Término del empleo | <input type="checkbox"/> Solicitud de Mini-COBRA de Utah** | <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura (debido a cobertura bajo un plan de padres o cónyuge) |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad (es decir, cambio de tiempo completo a parcial pero aún sigue siendo empleado) | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <i>debe presentar un formulario de renuncia</i> |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento (la firma del empleado no es obligatoria) | <input type="checkbox"/> Término de la cobertura de COBRA o mini-COBRA de Utah | <input type="checkbox"/> Ya no deseo la cobertura (sujeto a los requisitos de participación grupal) |
| <input type="checkbox"/> Licencia por servicio militar activo | | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos |

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

E. FIRMA DEL EMPLEADO

Al firmar, usted acepta los cambios solicitados con anterioridad.

Firma del empleado _____ Fecha _____

F. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Debe completarse)

En caso de cese del empleo, debe marcar una de las dos casillas siguientes.

- Al marcar esta casilla, certifico que la persona incluida en este formulario es elegible para mini-COBRA de Utah. Al marcar esta casilla, certifico que la persona incluida en este formulario no es elegible para mini-COBRA de Utah.

Nota: Si un empleado solicita la cobertura de COBRA, es posible que la prueba de elegibilidad para COBRA sea obligatoria. Los empleados que soliciten la cobertura de COBRA deben completar un Formulario de COBRA separado. Si tiene preguntas sobre COBRA, llame al 866-444-3272. Los formularios de COBRA se pueden obtener llamando al 801-442-5615.

Después de completar este Formulario de cambio, envíelo por fax al 801-442-5798.

Firma del empleador _____ Fecha _____

Nombre de la empresa _____ N.º de grupo _____

Comentarios _____