

Formulario de cambio de pequeño empleador, Idaho

Complete las secciones aplicables únicamente

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

A. CAMBIO DE INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE O EMPLEADO

Cambio de nombre de _____ 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/YY)
				Médico	Anteojos			
1.						M/F	<input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptado*	
2.						M/F	<input type="checkbox"/> Biológico <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/YY)	Motivo
				Médico	Anteojos		
1.							
2.							
3.							

Eliminar cónyuge

Apellido	Nombre	Inicial	Cobertura		Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AA)	Motivo
			Médica	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 debe 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 O DE ANTEOJOS PARA EL EMPLEADO (Marque solo las casillas correspondientes al empleado)

Fecha real del cambio (Último día trabajado/pérdida de elegibilidad /jubilado, etc.)

- Terminó el empleo
- Jubilación
- Fallecimiento (la firma del empleado no es obligatoria)
- Licencia por servicio militar activo
- Pérdida de elegibilidad (es decir, cambio de tiempo completo a parcial pero aún sigue siendo empleado)
- Terminó la cobertura COBRA
- Renuncia a la cobertura (debido a la cobertura bajo un plan de padres o cónyuge)
- Ya no deseo la cobertura (sujeto a los requisitos de participación grupal)
- Médica Anteojos

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)

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 208-338-2001.

Firma del empleador _____ Fecha _____

Nombre de la empresa _____ N.º de grupo _____

Comentarios _____