

Continuación del formulario de elección de beneficios médicos/dentales

Sujeto a los términos enumerados en su Descripción Resumida del Plan, la continuación de los beneficios médicos/dentales puede estar disponible para usted y/o para sus dependientes cubiertos. Para obtener más información sobre los términos y limitaciones, consulte la Descripción Resumida del Plan. Para solicitar la continuación de los beneficios médicos/dentales, complete y devuelva este formulario a su empleador (o empleador anterior, en caso de finalización de empleo).

Nombre del empleador _____

No. de grupo _____

Información del empleado

Nombre del empleado _____

No. de Seguro Social _____

Teléfono: _____

Dirección _____

Apto. / Suite / No. de apartado postal _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Información del dependiente

Nombre del dependiente _____

No. de Seguro Social _____

Evento determinante

Marque el evento determinante que le corresponda e indique la fecha del evento determinante en el espacio en blanco

- | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Finalización | Último día empleo _____ | <input type="checkbox"/> Horas reducidas | Fecha horas reducidas _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare | Fecha cobertura por Medicare _____ | <input type="checkbox"/> Fallecimiento del empleado | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Separación legal | Fecha solicitud separación legal _____ | <input type="checkbox"/> Divorcio | Fecha divorcio es efectivo _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijo dependiente | Fecha hijo dependiente cesó de ser dependiente elegible _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Fecha _____ |

Prima completa del empleador vence para coberturas. Fechas entrega solicitud a asegurado _____

Seguro médico

Sólo empleado _____ /mes

Empleado y cónyuge _____ /mes

Empleado e hijo _____ /mes

Familia _____ /mes

Seguro dental

Sólo empleado _____ /mes

Empleado y cónyuge _____ /mes

Empleado e hijo _____ /mes

Familia _____ /mes

(Nota: Las tasas están sujetas a cualquier cambio de plan por parte del empleador.)

LAS PRIMAS DEBEN PAGARSE AL EMPLEADOR O AL ADMINISTRADOR COBRA SELECCIONADO POR SU EMPLEADOR.

Para continuación federal, la prima inicial vence a los 45 días después de la fecha elegida para la continuación de la cobertura. Las primas siguientes vencen mensualmente para _____ del mes. Si el empleador no recibe el pago completo en los 31 días después de la fecha de vencimiento, se cancelará su cobertura.

Firma de la persona que elige o renuncia a la continuación

- Elijo continuar
 Renuncio a continuar

Firma del empleado _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Firma del dependiente _____ Fecha _____
(si mayor de 19 años)

SE REQUIERE LA FIRMA DEL CÓNYUGE Y DEL DEPENDIENTE SI SE RENUNCIA A COBERTURA DE CUALQUIER DEPENDIENTE.

Si la provisión de Continuación Federal (COBRA) aplica, debe devolverse una solicitud completada en los 60 días después o el último día de: 1) la fecha en la que perdería cobertura; o 2) la fecha en la que le enviaron el aviso de que tenía derecho a elegir la Continuación COBRA. Se considera que una elección está realizada en la fecha en la que se envía a su empleador o al patrocinador del plan. Si no devuelve la solicitud en las fechas especificadas, puede perder el privilegio de continuación.

NOTA: Si la Administración del Seguro Social le otorga la incapacidad total, envíe una copia de la notificación a su compañía, ya que puede tener derecho a 11 meses adicionales de cobertura. Para obtener más información, llámenos.



HUMANA®