

Formulario de cambio/finalización

para contratos individuales y familiares

Use tinta de color negro. Marque con las iniciales todas las correcciones. Se deben contestar todas las preguntas.

Si se inscribió a través del Mercado federal de Seguros Médicos, los cambios o finalizaciones se deben realizar a través del Mercado federal de seguros médicos (Healthcare.gov o 1-800-318-2596).

Sección 1. Tipo de transacción (marque todas las opciones que correspondan)

<p><u> </u> Cambiar nombre/dirección/teléfono</p> <p><u> </u> Agregar dependiente(s): para agregar un dependiente fuera del período de inscripción abierta, es necesario que se produzca un evento que permita un período de inscripción especial (SEP). Marque una opción:</p> <p><u> </u> Pérdida de otra cobertura <u> </u> Matrimonio <u> </u> Denegación de Medicaid o CHIP <u> </u> Nacimiento <u> </u> Otro _____</p> <p>Fecha del evento del SEP: _____</p> <p>Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____</p> <p>Debe proporcionar la documentación de respaldo autorizada para demostrar la elegibilidad para el SEP.</p>	<p><u> </u> Finalizar la cobertura</p> <p><u> </u> Para el titular del contrato y todos los dependientes cubiertos <u> </u> Solamente para aquellos dependientes enunciados en la Sección 3 <u> </u> Solamente para el titular del contrato (cónyuge/dependientes permanecen)</p> <p>Motivo: <u> </u> Cancelación voluntaria (Motivo: _____) <u> </u> Se mudó del área de cobertura <u> </u> Fallecimiento <u> </u> Otro evento que califique: _____</p> <p>Fecha de finalización de la cobertura (debe ser el último día del mes): _____</p> <p>* La fecha de finalización solicitada puede ser una fecha futura, pero no puede ser anterior a la fecha en que recibimos este formulario completado.</p>
--	--

Sección 2. Información del titular principal del contrato

N.º de Seguro Social del titular ____ - ____ - ____ - ____ - ____	Identificación del miembro:	Nombre:	Inicial 2.º nombre	Apellido:	
Dirección particular:		N.º de depto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es distinta de la dirección anterior):		N.º de depto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____	Sexo: Masculino Femenino	Nombre del plan:		Idioma:	

Sección 3. Información sobre incorporación/cambio/finalización

(Debe adjuntar una copia de la documentación de respaldo del evento calificado o si el dependiente tiene un apellido diferente del apellido del titular del contrato).

Tipo de cambio: (A = Agregar, C = Cambiar, F = Finalizar)	Primer nombre	Inicial 2.º nombre	Apellido	Relación con el titular del contrato	N.º de Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	¿Consumo de tabaco? Sí/No*

¿Alguno de los dependientes que se agregará a la cobertura tiene una residencia permanente diferente de la del titular principal del contrato?

 No Sí

Si la respuesta es sí, indique los nombres y las direcciones: _____

*** Marque "Sí" para los dependientes de 18 años en adelante que se agregarán a la cobertura y hayan consumido productos de tabaco 4 veces o más por semana durante los últimos 6 meses.**

Sección 4. Autorización

Nombre del titular principal del contrato en letra de imprenta	Fecha	Firma
Nombre del cónyuge en letra de imprenta (necesario si asume responsabilidad por el contrato y los dependientes cubiertos restantes)	Fecha	Firma
Nombre del dependiente en letra de imprenta	Fecha	Firma
Nombre del dependiente en letra de imprenta	Fecha	Firma
Nombre del corredor/ agente en letra de imprenta	NPN Fecha	Firma