

FORMA DE ELECCIONES/CAMBIOS

Grupos de 2-50 personas

To be completed by employer

Group #	Sub Group #
Group Name	
Hire Date	
Effective Date of Enrollment/Change	

Num. de Seguro Social/ Num. de Miembro	Apellido del empleado	Nombre, inicial	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo
Dirección	Ciudad	Estado	ZIP	Condado
Teléfono (en casa)	Teléfono (en el trabajo)	Estado matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		

Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/Esposo <input type="checkbox"/> Empleado/Hijos <input type="checkbox"/> Familia		Jubilado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo electrónico
<input type="checkbox"/> REGISTRAR ___ Inscripción abierta ___ Empleado nuevo ___ Re-emplazar * ___ Perdida de otra protección ___ COBRA fecha original de inicio: _____ número de meses elegible (marque uno) 18 29 36 *Favor de incluir documentos relevantes	<input type="checkbox"/> CANCELAR ___ Inscripción abierta ___ Terminación de empleo * ___ Evento calificando ___ Termino COBRA ___ Otro: _____	<input type="checkbox"/> CAMBIAR Añadir dependiente(s) ___ Inscripción abierta ___ Recién nacido * ___ Matrimonio * ___ Perdió otra protección * ___ Adopción ___ Otro: _____ Soltar Dependiente(s) ___ Inscripción abierta * ___ Divorcio * ___ Obtuvo otra protección ___ Subió limite de edad ___ Otro: _____ General ___ Nombre ___ Dirección ___ Teléfono ___ Otro: _____		

Personas para proteger – Lista su esposo y/o dependientes para proteger. Use forma separada para dependientes adicionales.

PARA DEPENDIENTES DE 19 AÑOS O MAS, FAVOR DE PROVER PRUEBA DE QUE SEAN ALUMNOS DE JORNADA COMPLETA.

Añadir (A) Descontinuar (D)	Relación de dependientes elegibles	Nombre Completo (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Sexo (M) (F)	Número de Seguro Social/Número de Miembro
A D	Esposo/a				
A D	Hijo 1				
A D	Hijo 2				
A D	Hijo 3				

Protección anterior (Esta sección se tiene que completar)

¿Ha Ud. o cualquier dependiente sido protegido por otro plan de seguro de salud en cualquier momento durante los últimos 12 meses? Sí No

- Nombre de la persona protegida _____ Nombre de Empleador Anterior que proveía protección _____
- Tipo de contrato: Empleado Empleado/Esposo Empleado/Hijo(s) Familia
- Nombre de compañía de seguro _____ Fecha vigente _____ Fecha de terminación _____

Otra protección de salud (Esta sección se tiene que completar)

¿Está empleado su esposo/a? Sí No Empleador _____

¿Será Ud. o cualquier otro miembro de su familia protegido por otro plan de seguro de salud? Sí No

Si respondió SÍ, lista por favor los nombres de las personas protegidas _____
 Nombre de compañía de seguro _____ Número de póliza _____ Fecha vigente _____ Número de teléfono _____

¿Incluye este plan un beneficio de prescripciones? Sí No

Términos y condiciones:

- Yo entiendo que soy responsable por reportar prontamente a mi empleador cualquier cambio de mi estado matrimonial, mi número de dependientes elegibles o cambio de mi residencia.
- Yo, por el presente, autorizo cualquier hospital, médico, cirujano o farmacólogo a proveer cualquier información pedida por Bluegrass Family Health Inc. con respeto a cualquiera petición de provisión por parte de mi o un dependiente protegido. Una fotocopia de esta autorización se considerará igual a la original. Esta autorización no es igual a una autorización HIPAA.
- Yo consiento que cualquier beneficio pagable por mi parte bajo el Group Medical Benefits Plan de mi empleador se puede pagar directamente al proveedor de tratamiento.
- Yo entiendo y consiento que no beneficio será vigente hasta que esta forma se aprueba por Bluegrass Family Health Inc. Al aceptar esta forma, Bluegrass Family Health Inc. me emitirá tarjeta(s) de indentificación tan pronto como sea posible.
- Yo autorizo a mi empleador a hacer las necesarias deducciones de mi pago o cualquiera anualidad de deshabilitad o jubilación que me pertenezca bajo cualquier plan de grupo proveído por mi empleador mientras estoy registrado en Bluegrass Family Health Inc. hasta que yo renuncio esta autorización por escrito.
- Yo entiendo que me debo de estar trabajando activamente en el día vigente de protección, o el día vigente será el día en que vuelvo a trabajar, con excepción de que mi ausencia sea por causa de una condición medical.

Firma del empleado _____

Fecha _____