



# FORMULARIO PARA SOLICITUD DE CAMBIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del Grupo: \_\_\_\_\_ Número del Grupo: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia del Cambio: \_\_\_\_\_

Indique el Tipo de Cambio a Continuación

NOMBRE – Si su nombre ha cambiado, por favor indique su NOMBRE PREVIO para poder identificarle correctamente: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE PREVIO)

AÑADIR DEPENDIENTE  ABANDONAR COBERTURA (complete la exención al dorso)

CANCELAR DEPENDIENTE (complete la exención al dorso)  CAMBIAR BENEFICIARIO  CAMBIO DE NOMBRE

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (REQUERIDA):

Apellido del Empleado		Nombre del Empleado		Número de Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

**CAMBIAR MI BENEFICIARIO** (para planes con seguro de vida) Adjunte una hoja separada, si es necesario:

Apellido, Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Dirección Completa / Número Telefónico
------------------	----------	---------------------	--

## CAMBIAR MI INSCRIPCIÓN COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN (POR FAVOR COMPLETE TODA LA SECCIÓN):

Apellido, Nombre, Inicial	Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación	AÑADIR	CANCELAR

Todo niño en la lista de arriba debe ser: 1.) su hijo legítimo o natural o hijo adoptado legalmente o 2.) Su hijastro o cualquier otro hijo que **resida permanentemente en su vivienda** y satisfaga la definición de dependiente como aparece en el Documento Sumario del Plan de TPM.

Si su hijo dependiente tiene más de 19 años, ¿es él o ella estudiante a tiempo completo?  Sí  No. En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

## MOTIVO PARA AÑADIR/CAMBIAR (indique debajo) FECHA DEL EVENTO. MOTIVO PARA CANCELAR (indique debajo) FECHA DEL EVENTO

Recién Nacido	DOB	Ya No Es Estudiante a Tiempo Completo
Adopción / Orden Judicial (adjunte prueba)		Divorcio o separación legal (marque con un círculo)
Matrimonio (se requiere la fecha del Matrimonio)		Con Anticipación al Divorcio
Otra: _____		Dependientes no Elegibles
Dependiente de 19 o más Años que Regresa a la Escuela (Fecha en que se inician las clases)		Motivo: _____
Pérdida de Otra Cobertura: (Motivo para la pérdida de cobertura): _____ (Debe proporcionar Certificado de Cobertura Acreditable.)		Abandonar la Cobertura: (Debe completar la exención al dorso de este formulario para toda persona cubierta, incluyendo el motivo.)

## Otra Información de Seguro e Información de Cobertura Acreditable Requerida:

¿Tiene usted o algún miembro inscrito de su familia alguna OTRA cobertura que conservará además de esta cobertura?    SÍ    NO  
 \* EN CASO AFIRMATIVO, por favor indique el nombre de cada persona cubierta, el Nombre del otro Plan, Dirección, y Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Por favor incluya una copia de su Certificado de Cobertura Acreditable de su empleador o seguro previo mostrando la fecha de vigencia y la fecha de terminación, si se aplica. \*

COMPRENDO que proporcionar información inexacta o incorrecta a cualquiera de las preguntas de este Formulario de Inscripción puede considerarse como fraude del cuidado de la salud. RECONOZCO haber recibido la declaración de Derechos de Portabilidad de la HIPAA que me fue entregada con este formulario.

Firma del Empleado (requerida)

Fecha (requerida)

