

Formulario de cambios del empleado de Humana

Escriba con letra de imprenta clara y complete cada círculo donde corresponda.

N.º de Grupo médico actual	N.º de beneficio	Clase/División
N.º de Grupo dental actual	Fecha de vigencia propuesta para el cambio: ___ / ___ / _____	
Nombre de la empresa	Ciudad de la empresa	Estado

Información y cambios del empleado

Proporcione información sobre el empleado e indique todos los cambios que le sean aplicables.

Apellido	Nombre	ISN	N.º de Seguro Social
----------	--------	-----	----------------------

Cambie el beneficio médico/la clase médica a: N.º de beneficio: _____ Clase/División: _____

Cambie o seleccione el médico de cuidado primario del empleado (solo HMO y POS):

Médico de cuidado primario: _____ Id. del médico: _____

Cambie el beneficio/la clase dental a: N.º de beneficio: _____ Clase/División: _____

Cambie o seleccione el dentista de cuidado primario del empleado (aplicable solo a AL, AZ, CA, FL, GA, IL, IN, KS, KY, MO, NC, OH, TN, TX y WV):

Dentista primario: _____ N.º del centro: _____

Cambie el beneficio/la clase del seguro de vida básico a: N.º de beneficio: _____ Clase/División: _____

Cambie el beneficiario del seguro de vida básico: N.º de grupo: _____

Nombre del beneficiario principal: _____ Apellido _____ Nombre _____ ISN _____

Nombre del beneficiario secundario: _____ Apellido _____ Nombre _____ ISN _____

Cambie el beneficiario del seguro de vida voluntario: N.º de grupo: _____

Nombre del beneficiario principal: _____ Apellido _____ Nombre _____ ISN _____

Nombre del beneficiario secundario: _____ Apellido _____ Nombre _____ ISN _____

Cambie el beneficio/la clase de servicio para la vista a: N.º de beneficio: _____ Clase/División: _____

Cancele mi cobertura para los siguientes productos:

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> Médicos | <input type="radio"/> Dentales | <input type="radio"/> De vida básico | <input type="radio"/> De vida voluntario | <input type="radio"/> De protección de ingresos a corto plazo |
| <input type="radio"/> Para la vista | <input type="radio"/> Cta. de ahorros para la salud (HSA) | <input type="radio"/> Cta. de gastos flexibles (FSA) | <input type="radio"/> FSA para el cuidado de dependientes para el cuidado de la salud | |

Información sobre el evento elegible

A continuación, indique la fecha del evento elegible y el motivo para los cambios del empleado o del dependiente.

Fecha del evento elegible: ___ / ___ / _____

Motivo para el cambio:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Recontratación | <input type="radio"/> Matrimonio | <input type="radio"/> El cónyuge deja de tener empleo |
| <input type="radio"/> Cese de la contribución del patrono | <input type="radio"/> Separación legal | <input type="radio"/> El patrono del cónyuge finaliza la cobertura |
| <input type="radio"/> Nacimiento / adopción de un dependiente | <input type="radio"/> Divorcio | <input type="radio"/> El cónyuge pasa de ser empleado a tiempo completo a empleado a tiempo parcial |
| <input type="radio"/> Cambio del dependiente a estudiante a tiempo completo | <input type="radio"/> Fallecimiento del cónyuge | <input type="radio"/> Otro: _____ |

Información del cambio de dirección

El cambio de dirección se aplica a:

Solo el empleado El empleado y todos los dependientes cubiertos

Solo para el siguiente dependiente (escriba el nombre completo en letra de imprenta): Apellido _____ Nombre _____ ISN _____

Nueva dirección _____ Apto. / Suite / N.º de apartado postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección de correo electrónico _____ N.º de teléfono _____

Cambios de los dependientes

Complete esta sección para los cambios de todos los dependientes.

1 Apellido _____ Nombre _____ ISN _____ Fecha de nacimiento __/__/____
 N.º de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro:
 Estatus del dependiente (si corresponde): Estudiante únicamente Discapacitado En caso de discapacidad, indique el motivo:
 Añada o **Elimine** al dependiente a/de mi plan actual para los siguientes productos: Médicos Dentales De vida básico
 De vida voluntario Para la vista
 Cambie o seleccione médico de cuidado primario (solo HMO y POS):
 Médico de cuidado primario: _____ Id. del médico: _____
 Cambie o seleccione el DHMO (aplicable solo a AL, AZ, CA, FL, GA, IL, IN, KS, KY, MO, NC, OH, TN, TX y WV):
 Dentista primario: _____ N.º del centro: _____

2 Apellido _____ Nombre _____ ISN _____ Fecha de nacimiento __/__/____
 N.º de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro:
 Estatus del dependiente (si corresponde): Estudiante únicamente Discapacitado En caso de discapacidad, indique el motivo:
 Añada o **Elimine** al dependiente a/de mi plan actual para los siguientes productos: Médicos Dentales De vida básico
 De vida voluntario Para la vista
 Cambie o seleccione médico de cuidado primario (solo HMO y POS):
 Médico de cuidado primario: _____ Id. del médico: _____
 Cambie o seleccione el DHMO (aplicable solo a AL, AZ, CA, FL, GA, IL, IN, KS, KY, MO, NC, OH, TN, TX y WV):
 Dentista primario: _____ N.º del centro: _____

3 Apellido _____ Nombre _____ ISN _____ Fecha de nacimiento __/__/____
 N.º de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro:
 Estatus del dependiente (si corresponde): Estudiante únicamente Discapacitado En caso de discapacidad, indique el motivo:
 Añada o **Elimine** al dependiente a/de mi plan actual para los siguientes productos: Médicos Dentales De vida básico
 De vida voluntario Para la vista
 Cambie o seleccione médico de cuidado primario (solo HMO y POS):
 Médico de cuidado primario: _____ Id. del médico: _____
 Cambie o seleccione el DHMO (aplicable solo a AL, AZ, CA, FL, GA, IL, IN, KS, KY, MO, NC, OH, TN, TX y WV):
 Dentista primario: _____ N.º del centro: _____

4 Apellido _____ Nombre _____ ISN _____ Fecha de nacimiento __/__/____
 N.º de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro:
 Estatus del dependiente (si corresponde): Estudiante únicamente Discapacitado En caso de discapacidad, indique el motivo:
 Añada o **Elimine** al dependiente a/de mi plan actual para los siguientes productos: Médicos Dentales De vida básico
 De vida voluntario Para la vista
 Cambie o seleccione médico de cuidado primario (solo HMO y POS):
 Médico de cuidado primario: _____ Id. del médico: _____
 Cambie o seleccione el DHMO (aplicable solo a AL, AZ, CA, FL, GA, IL, IN, KS, KY, MO, NC, OH, TN, TX y WV):
 Dentista primario: _____ N.º del centro: _____

Firma: firme a continuación si solicita que se realicen cambios

Firma del empleado o representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre y relación del representante legal: _____