

## Formulario para cambios en el seguro de Humana para empleados

Escriba claramente en letra de imprenta y rellene todos los círculos que correspondan.

Nº de grupo médico actual \_\_\_\_\_ Nº de beneficio \_\_\_\_\_ Clase/División \_\_\_\_\_  
Nº de grupo dental actual \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia propuesta para el cambio: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Ciudad de la compañía \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

### Información sobre el empleado y cambios

Sírvase indicar la información del empleado y todos los cambios correspondientes.

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nº de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Cambiar el beneficio médico/clase a:** Nº de beneficio: \_\_\_\_\_ Clase/División: \_\_\_\_\_

**Cambiar o seleccionar médico de atención primaria del empleado** (sólo HMO y POS):

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ ID del médico: \_\_\_\_\_

**Cambiar el beneficio dental/clase a:** Nº de beneficio: \_\_\_\_\_ Clase/División: \_\_\_\_\_

**Cambiar o seleccionar dentista de atención primaria del empleado** (aplicable sólo en AZ, CA, FL, IL y TX):

Dentista principal: \_\_\_\_\_ Nº de establecimiento: \_\_\_\_\_

**Cambiar seguro de vida básico/clase a:** Nº de beneficio: \_\_\_\_\_ Clase/División: \_\_\_\_\_

**Cambiar beneficiario del seguro de vida básico:** Nº de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario principal: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario secundario: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

**Cambiar beneficiario del seguro de vida voluntario:** Nº de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario principal: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario secundario: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

**Cancelar mi cobertura** para los siguientes productos:  Seguro médico  Dental  Seguro de vida básico  Seguro de vida voluntario

Protección de ingresos a corto plazo  Cuenta de ahorros de salud (HSA)

FSA para los servicios de salud  FSA para cuidado de dependientes

### Información del acontecimiento que origina los cambios

Indicar a continuación la fecha del acontecimiento que origina los cambios del empleado o dependiente y el motivo de dichos cambios.

Fecha del acontecimiento que origina los cambios: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Motivo del cambio:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Recontratación                                     | <input type="radio"/> Matrimonio                           | <input type="radio"/> Cese de cobertura del empleador del cónyuge                  |
| <input type="radio"/> Cese del aporte del empleador                      | <input type="radio"/> Separación legal                     | <input type="radio"/> Cónyuge pasa de empleado de tiempo completo a tiempo parcial |
| <input type="radio"/> Nacimiento / adopción de dependiente               | <input type="radio"/> Divorcio                             | <input type="radio"/> Otros: _____   |
| <input type="radio"/> Dependiente cambia a estudiante de tiempo completo | <input type="radio"/> Fallecimiento del cónyuge            |  |
|  | <input type="radio"/> Cese de relación laboral del cónyuge |  |

### Información de cambio de dirección

El cambio de dirección corresponde a:

Sólo al empleado  Empleado y todos los dependientes cubiertos

Sólo para el siguiente dependiente (nombre completo en letra de imprenta):

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
Dirección (nueva) \_\_\_\_\_ Apart. / Ofic. / Apdo. postal \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Nº de teléfono \_\_\_\_\_

**Cambios del dependiente**

Sírvase completar esta sección para todos los cambios del dependiente.

**1** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 N° de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Parentesco:  Cónyuge  Hijo  Otro: \_\_\_\_\_  
 Situación del dependiente (si corresponde):  Estudiante de tiempo completo  Discapacitado  
 Si es discapacitado, indique el motivo: \_\_\_\_\_  
 **Agregar** o  **Eliminar** dependiente de mi plan actual para los siguientes productos:  
 Seguro médico  Dental  Seguro de vida básico  Seguro de vida voluntario  
 **Cambiar o seleccionar médico de atención primaria** (sólo HMO y POS):  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ ID del médico: \_\_\_\_\_  
 **Cambiar o seleccionar DHMO** (aplicable sólo en AZ, CA, FL, IL y TX):  
 Dentista principal: \_\_\_\_\_ N° de establecimiento: \_\_\_\_\_

**2** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 N° de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Parentesco:  Cónyuge  Hijo  Otro: \_\_\_\_\_  
 Situación del dependiente (si corresponde):  Estudiante de tiempo completo  Discapacitado  
 Si es discapacitado, indique el motivo: \_\_\_\_\_  
 **Agregar** o  **Eliminar** dependiente de mi plan actual para los siguientes productos:  
 Seguro médico  Dental  Seguro de vida básico  Seguro de vida voluntario  
 **Cambiar o seleccionar médico de atención primaria** (sólo HMO y POS):  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ ID del médico: \_\_\_\_\_  
 **Cambiar o seleccionar DHMO** (aplicable sólo en AZ, CA, FL, IL y TX):  
 Dentista principal: \_\_\_\_\_ N° de establecimiento: \_\_\_\_\_

**3** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 N° de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Parentesco:  Cónyuge  Hijo  Otro: \_\_\_\_\_  
 Situación del dependiente (si corresponde):  Estudiante de tiempo completo  Discapacitado  
 Si es discapacitado, indique el motivo: \_\_\_\_\_  
 **Agregar** o  **Eliminar** dependiente de mi plan actual para los siguientes productos:  
 Seguro médico  Dental  Seguro de vida básico  Seguro de vida voluntario  
 **Cambiar o seleccionar médico de atención primaria** (sólo HMO y POS):  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ ID del médico: \_\_\_\_\_  
 **Cambiar o seleccionar DHMO** (aplicable sólo en AZ, CA, FL, IL y TX):  
 Dentista principal: \_\_\_\_\_ N° de establecimiento: \_\_\_\_\_

**Firma:** sírvase firmar a continuación si solicita cambios

Firma del empleado o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y relación del representante legal: \_\_\_\_\_