



SOLICITUD DE CAMBIO DEL EMPLEADO/MIEMBRO DURANTE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

Por favor complete esta solicitud y devuélvala a su empleador. Use tinta negra o azul. Para resultados óptimos, por favor use letra de imprenta mayúscula y evite tocar el borde de los casilleros. Cuando encuentre una opción de más de un casillero, ponga una x en el casillero que mejor aplique. Haga el favor de usar fechas así: Mes/Día/Año.

COMPLETE ESTA APLICACIÓN SÓLO SI ESTÁ HACIENDO CAMBIOS DE RESIDENCIA, FAMILIA, O AL ESTADO DE COBERTURA DE BENEFICIOS.

INFORMACIÓN REQUERIDA (PARA TODOS LOS CAMBIOS)

NÚMERO DE GRUPO

NOMBRE DEL EMPLEADOR

APELLIDO DEL EMPLEADO

NOMBRE DE PILA DEL EMPLEADO

INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

COMPLETE ABAJO SÓLO LOS CASILLEROS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE DESEA CAMBIAR.

ESTADO CIVIL

SOLTERO(A) CASADO(A)

TELÉFONO DEL DOMICILIO

DIRECCIÓN

APARTAMENTO

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO (SI APLICA)

SI DESEA CAMBIAR LA ELECCIÓN DE COBERTURA DE SU PAQUETE DE BENEFICIOS, POR FAVOR INDÍQUELO ABAJO.

INDIQUE LA COBERTURA QUE DESEA

- SÓLO EMPLEADO
- EMPLEADO E HIJO(S)
- EMPLEADO Y CÓNYUGE
- FAMILIA

Niños menores de 2 años no están cubiertos para beneficios dentales, de visión o quiroprácticos/acupuntura a menos que Ud. lo solicite.

Si Ud. desea agregar dependientes a su paquete de beneficios, necesita completar también las solicitudes incluidas en el paquete de inscripción abierta de su grupo.



