



12401 E. Marginal S., Tukwila, WA 98168
P.O. Box 34750, Seattle WA 98124-9745

Inscripción del empleado y formulario de cambio

EMPLOYER: PLEASE COMPLETE THIS SECTION (EMPLEADOR: POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN)

Fecha válida de cobertura _____

Fecha original de contratación __/__/__

Nombre del grupo _____

Fecha de recontratación __/__/__

*Número del grupo _____

Fecha que se transfirió de medio

Elija una: **Group Health Cooperative** **Group Health Options, Inc.**

tiempo a tiempo completo __/__/__

Hrs. trabajadas por semana _____

Si está jubilado, fecha

de jubilación __/__/__

Elija una:

- Inscripción abierta
- Empleado nuevo
- Cambio de domicilio o nombre
- Agregar dependiente(s)
- Eliminar cobertura
- __ Suscriptor __ Dependiente(s)
- Fecha en que fue procesada __/__/__
- Por _____

- Transferencia a COBRA
- Fecha de comienzo _____
- 18 meses
- 36 meses

EMPLEADO: LLENE LO SIGUIENTE. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA MOLDE.

Nombre del empleado _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Estado Soltero(a)
Civil: Casado(a)

Fecha de Matrimonio __/__/__

Pareja domestica registrada por el estado

Domicilio _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Número telefónico del trabajo () _____

Número telefónico de la casa () _____

Dirección de correspondencia (si es diferente) _____

Dirección de facturación (si es diferente) _____

de reclamo de Medicare del empleado _____ Nombre anterior del solicitante o del cónyuge _____

Elección del plan de salud: *Si se le ofrece más de un plan de salud, por favor escriba su elección, incluyendo el número de grupo.*

Plan de salud: _____ * Número de grupo: _____

Es un delito dar información falsa, incompleta o errónea intencionalmente a una compañía aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Los castigos incluyen encarcelamiento, multas y la negación de las prestaciones del seguro.

UNICAMENTE PARA EL USO INTERNO DEL PLAN DE SALUD	ELIJA UNA		POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA MOLDE			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MASCULINO/ FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO MES/DÍA/AÑO	RELACIÓN CON EL EMPLEADO
	AGREGAR	ELIMINAR	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE				
			Yo						
			CONYUGE/DEPENDIENTE						
			DEPENDIENTE						
			DEPENDIENTE						
			DEPENDIENTE						

*El número de grupo debe igualar la elección del plan de salud si el empleado lo seleccionó en la sección de arriba.

Inscripción del empleado y formulario de cambio

EMPLEADO: LLENE LO SIGUIENTE. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA MOLDE.

Por favor escriba los nombres de cualquier **dependiente que sea elegible para Medicare y su número de Medicare:**

NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DE MEDICARE
CONYUGE	
DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE	

Información adicional de las prestaciones de salud

Otro seguro médico (que no sea Group Health Cooperative o Group health Options, Inc.) _____

¿Quién es el suscriptor de este plan? _____

¿Cuál es su número de seguro social o el número de póliza de este plan? _____ Añada cualquier certificado de cartas de cobertura acreditada con este formulario.

SU CONTRATO PODRÍA CONTENER EXCLUSIONES DE COBERTURA POR ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES (PEC). ESTAS EXCLUSIONES PODRÍAN SER EXONERADAS COMPLETA O PARCIALMENTE BASADO EN LA COBERTURA ANTERIOR O ACTUAL. REVISE ESTA SECCIÓN CUIDADOSAMENTE Y LLENE LA INFORMACIÓN QUE SE PIDE DE USTED Y SUS DEPENDIENTES PARA ASEGURARA EL PROCESAMIENTO ADECUADO DE SUS RECLAMOS.

NOMBRE Y APELLIDO	ASEGURADORA ANTERIOR O ACTUAL (INCLUYA NÚMERO TELEFONICO)	COBRA	FECHA EN QUE COMENZÓ LA COBERTURA MES/DÍA/AÑO	FECHA EN QUE TERMINÓ LA COBERTURA MES/DÍA/AÑO
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

(Firma del empleado)

(Fecha en que fue firmado)

Por favor guarde una copia para su información.

La cobertura es proporcionada por Group Health Cooperative, autorizada en el estado de Washington, o Group Health Options, Inc., autorizada en Idaho y Washington.