AB

VSP® Vision care for life

ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS®
We understand Colorado. We understand you.

Formulario de Inscripción/Cambio

Por favor complete el siguiente formulario si su empleador le ofrece cobertura Visión bajo el plan médico de Rocky Mountain Health Plans.

Nombre de Grupo del Empleador:

Datos del Empleado

Apellidos:		Nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Género: ☐ M ☐ F	Es casado? ☐ Sí ☐ No	Número de Seguro Social:
Dirección:		Ciudad, Estado:	Código Postal:

Inscripción

☐ Sí, me suscribo a la cobertura Visión, además del plan médico.

☐ Sí, me suscribo a la cobertura Visión pero renuncio al plan médico.
Solicito cobertura para: ☐ Sólo el empleado ☐ Empleado + Cónyuge ☐ Empleado + Hijo(s) ☐ Empleado + Familia

☐ En el cuadro siguiente enumero a los dependientes que deseo suscribir al Plan Visión.

Nombre del Dependiente	Género:	Fecha de nacimiento	Parentesco con el Empleado
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

Exclusión

☐ Renuncio a la cobertura visión. Entiendo que también renuncio a la cobertura visión para cualquier dependiente elegible y que mi siguiente oportunidad para suscribirme en el plan visión será en la fecha de Inscripción Abierta.

Información de adición o exclusión

Entiendo que si renuncio mi cobertura visión, todos los miembros de mi familia cubiertos por tal cobertura quedarán desafiliados.

Motivo para la adición del dependiente:
☐ Matrimonio ☐ Recién nacido o niño adoptado ☐ Inscripción abierta de grupo del empleador ☐ El dependiente perdió otro tipo de cobertura visión

Adición	Exclusión	Fecha	Apellidos	Primer nombre	Seg. Nombre	Sexo M/F	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Parentesco con el miembro

Acuerdo en que la inscripción, elegibilidad, cobertura y beneficios del plan visión quedan sujetos a a las normas aplicables y a todos los términos de la póliza de cobertura aplicable.

Firma: Fecha: