



## Formulario de Cambio de Grupo

Complete este formulario exclusivamente con tinta negra.

Indique el tipo de acción solicitada:  Alta  Modificación  Baja

RMHP Fax 970-263-5507

|                        |          |        |    |                          |
|------------------------|----------|--------|----|--------------------------|
| Nombre del suscriptor: | Apellido | Nombre | IM | N° del seguro social     |
|                        |          |        |    | N° de ID del socio:      |
| Empleador:             |          |        |    | Fecha de nacimiento: / / |

### Modificación al plan de salud actual

|                            |        |        |    |                         |                      |
|----------------------------|--------|--------|----|-------------------------|----------------------|
| Cambio de dirección: Calle | Ciudad | Estado | CP | Teléfono particular ( ) | Teléfono laboral ( ) |
|----------------------------|--------|--------|----|-------------------------|----------------------|

|                      |    |
|----------------------|----|
| Cambio de nombre: De | A: |
|----------------------|----|

### Modificación del plan — Modificación de la cobertura a:

Opción de cobertura:  Individual  Empleado+cónyuge  Empleado+hijo(s)  Empleado+cónyuge+hijo(s)

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Cambiar el plan a (nombre del plan): | Plan de medicamento: <input type="checkbox"/> De marca <input type="checkbox"/> Sólo genérico (N/A con HSA) |
|--------------------------------------|---|

Acceso nacional a una salud óptima (para algún empleado/dependiente que reside fuera de Colorado)  Alta  Baja Fecha de vigencia:

### Dependientes sólo añadir / eliminar la información

| Alta* | Baja | Fecha | Apellido | Nombre | MI | Seguro Social N° | Sexo M/F | Fecha de nacimiento MM/DD/AA | Relación con el suscriptor | Nombre del médico de cabecera y/o N° ID del médico |
|-------|------|-------|----------|--------|----|------------------|----------|------------------------------|----------------------------|--|
|       |      |       |          |        |    |                  |          |                              |                            |  |
|       |      |       |          |        |    |                  |          |                              |                            |  |
|       |      |       |          |        |    |                  |          |                              |                            |  |

\*Para agregar dependientes a los planes de cobertura para grupos empresariales pequeños, con menos de 51 empleados, se requiere una copia del certificado de cobertura acreditable provista por la compañía de seguros anterior, u otra prueba aceptable.

### Razón para el agregado de un dependiente

- Matrimonio — si agrega un cónyuge nuevo, indique la fecha de casamiento: \_\_\_\_\_
- Nacimiento — indique la fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de alta del hospital del recién nacido: \_\_\_\_\_
- Adopción o colocar en adopción. Indique la fecha de la adopción o de la colocación, y entregue la documentación de adopción: \_\_\_\_\_
- Cobertura para dependiente(s) ordenada por el tribunal — indique la fecha de la orden y entregue la documentación de la orden del tribunal: \_\_\_\_\_
- Inscripción abierta del grupo del empleador
- Nuevo dependiente elegible de 19-25 años de edad (Favor de presentar el Certificado de Estado de Dependiente)
- Dependiente con pérdida de cobertura previa — (Por favor presente constancia de la pérdida de cobertura, es decir, el Certificado de Cobertura Acreditable de HIPAA, u otra prueba aceptable)
- Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha en que se perdió la cobertura: \_\_\_\_\_
- Razón de la pérdida de cobertura:
- Reducción de horas  Terminó la contribución del empleador a la cobertura  Beneficios máximos de por vida usados
- Terminación involuntaria de la cobertura anterior  Finalización del empleo o pérdida del derecho a la cobertura
- Otra: \_\_\_\_\_

### Razones de la baja / Desvinculación del dependiente

- El dependiente no reúne más los requisitos para tener el derecho del hijo dependiente  Fallecimiento del dependiente — entregar copia del certificado de defunción
- Inscrito en otra cobertura de salud; indique cuál:  Cobertura grupal  Cobertura individual  Otra \_\_\_\_\_
- Divorcio / Separación legal; proporcione por favor la dirección de expedición  No puede pagar la cobertura

ADomicilio del dependiente desafiliado:

Nombre: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Esta es una solicitud de baja para un hijo dependiente cuya cobertura es exigida por una orden de un tribunal o administrativa?  Sí  No En caso positivo, adjunte la constancia de otra cobertura.

- Acepto que la inscripción, el derecho, la cobertura y los beneficios de mi plan de salud están sujetos a las políticas y requisitos aplicables, y a todos los términos del contrato correspondiente de mi plan de salud.
- Acepto que la información anterior es verdadera y que autorice los cambios indicados.

|                      |       |
|----------------------|-------|
| Firma del suscriptor | Fecha |
|----------------------|-------|