

Sección A: Información actual

Nombre del grupo:	N.º de Grupo:	N.º de División:	N.º de paquete:
Nombre del empleado: (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	N.º de Seguro Social:	Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura:	Fecha del Evento:

Sección B: Información del Cambio en la Cobertura

Motivo del cambio:

<input type="checkbox"/> Adopción	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Permiso de ausencia laboral suspensión o despido	<input type="checkbox"/> Se mudó del área de servicio
<input type="checkbox"/> La Inscripción Abierta	<input type="checkbox"/> Sección 125	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Nacimiento
<input type="checkbox"/> Dependiente es mayor de edad	<input type="checkbox"/> Terminación de empleo	<input type="checkbox"/> Reemplazo de un seguro alternativo	<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Ubicación _____	<input type="checkbox"/> N.º de Empleado _____	<input type="checkbox"/> Tipo de plan: _____ (ejemplo: PPO, HMO, Rx)

Tipo de Solicitud de cambio:

<input type="checkbox"/> Nuevo nombre:	<input type="checkbox"/> Nombre/Identificación del nuevo médico:
<input type="checkbox"/> Nueva dirección:	
<input type="checkbox"/> Nuevo N.º de teléfono:	

Tipo de cobertura solicitada: Añadir plan de salud Eliminar plan de salud Añadir plan de visión Eliminar plan de visión Cambiar Plan: Indicar N.º de plan:

Nivel de cobertura solicitada: Empleado *Empleado y Cónyuge Empleado y un Dependiente *Empleado e Hijo(s) Familia

* Cuando esté disponible

Cambio de dependiente Complete la sección C Otro cambio:

Corresponde al Administrador del grupo: La Ley de Cuidados de Salud a Bajo Precio prohíbe las recesiones; las cancelaciones no pueden ser enviadas para el periodo para el cual la prima fue colectada. Al enviar la(s) cancelación(es), debe presentar que no ha colectado una prima del empleado/dependientes para la cobertura después de la fecha de terminación solicitada.

Sección C: Información del Dependiente: Adjunte hoja por separado, si necesita más espacio, con la información, firma y fecha.

Apellido: Si es diferente al empleado) Nombre, inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con usted			Tipo de plan		Sexo (M o F)	Marque si es discapacitado	Nombre del Médico/ Identificación del médico Sólo para planes HMO	Paciente Existente (S/N)	Dependiente			Origen Étnico opcional Seleccione todas las que apliquen. A -Asiático/Isleño del Pacífico N - Negro/Afroamericano I -Isleño del Caribe H - Hispano N - Nativo Americano B - Blanco
			Cónyuge (C)	Hijo (H)	Otro (O)*	Salud	Vista					Usted lo apoya financieramente	Vive con usted	Es un estudiante	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B

Liste el nombre de cada dependiente mencionado anteriormente que está casado o tiene hijo(s) dependientes o vive fuera de Florida.

*Si indicó "O" en Relación a usted" anteriormente, explique:

Sección D: Información sobre otro seguro de salud Esta sección debe ser completada para procesar las reclamaciones e Información de cobertura anterior

¿Además de esta póliza, usted o su(s) dependiente(s) tiene(n) alguna otra cobertura (incluyendo planes de Florida Blue y/o Truli for Health) que entrarán en vigencia después de que esta cobertura comience? Sí No

Florida Blue y/o Truli for Health Contrato N.º _____ Medicare N.º _____ Farmacia/Medicare D N.º _____

Complete lo siguiente sólo si es la primera vez que usted o sus dependientes: (1) se inscribe(n) para un seguro de salud con este empleador; (2) actualmente tiene(n) cobertura de salud; y/o (3) tiene(n) alguna cobertura de salud en los últimos 12 meses que esta cobertura está reemplazando O puede(n) adjuntar un Certificado de cobertura acreditable. Entiendo que cualquier persona que, deliberadamente o con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Nombre de la Aseguradora de Salud Anterior	N.º de contrato:	Fecha de inicio:
Fecha anterior de contratación del empleado:	Fecha de cancelación:	Enumere los nombres de todos los miembros de su familia que estuvieron cubiertos, incluido usted:
Firma del empleado:		Fecha:
Firma del Empleador:		Fecha:

Sección E: Autorización del cambio:

Términos de la cobertura

Por la presente autorizo los cambios a mi contrato de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO y/o BeHealthy Florida, Inc. cuyo nombre comercial es Truli for Health seleccionado en este formulario. Entiendo y acepto que los cambios no serán efectivos hasta que la solicitud sea aceptada por Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health.

Autorizo a mi empleador a deducir el monto de mi prima de mis ganancias, de haber alguna, incluyendo cualquier monto adicional requerido como resultado de los cambios que se indican en esta solicitud. Entiendo lo siguiente:

1. Si mi cobertura/membresía va a ser emitida y continuada, debo reunir todos los requisitos del contrato de grupo;
2. Si la cobertura/membresía de mis dependientes, de haber alguna, va a ser emitida y continuada, mis dependientes deben reunir todos los requisitos del contrato de grupo;
3. Si debo pagar parte o toda la prima, la cobertura/membresía no entrará en vigencia hasta que Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health acepte esta solicitud y se asigne una fecha efectiva.

Entiendo que la membresía concedida a las personas aquí mencionadas estará sujeta a todas las disposiciones y limitaciones del contrato de grupo.

Tengo en cuenta que un cambio en la cobertura de los dependientes puede afectar la cantidad deducida de cualquier salario, de haber alguno, para la cobertura/membresía y por la presente autorizo dicho cambio.

Si me inscribo en un plan de salud con un deducible alto designado para usar con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) bajo la sección 223 del Código de servicio de rentas internas, reconozco y autorizo a Florida Blue y/o Truli for Health a intercambiar cierta información limitada que obtenga mediante esta solicitud con sus socios financieros preferidos para propósitos de inscripción inicial al seguro y de administración de las HSA.

Comprendo que si me inscribo en un plan de salud con un deducible alto que califique para una HSA y elijo recibir Crédito de la miembrora anterior (Prior Carrier Credit) bajo la ley de Florida, es posible que mi plan ya no califique como un plan compatible con una HSA.

Términos generales

ACEPTO que en el evento de cualquier controversia o disputa entre Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health, yo y mis dependientes debemos agotar el recurso de apelación y/o proceso de reclamación emitido en mi folleto de beneficios.

Entiendo que mi empleador no es un agente de Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health. También entiendo que mi empleador es responsable por notificar a todos los empleados acerca de:

1. Fechas de inicio;
2. Todas las fechas de terminación;
3. Cualquier conversión, derechos y responsabilidades de COBRA o ERISA; y
4. Todos los demás asuntos pertinentes a la cobertura/membresía bajo el contrato de grupo.

Cuando se haga un pago en exceso, autorizo a Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health a recuperar ese exceso de cualquier persona o entidad que lo recibió.

Reconozco que la cobertura de Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health está condicionada a la divulgación completa y exacta de la información solicitada en este formulario.

Reconozco que si solicito más adelante cobertura/membresía a Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health, puede que no esté disponible hasta el próximo período anual de inscripción abierta o hasta el próximo período de inscripción especial.

Certifico que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.

Entiendo y acepto que cualquier información falsa, omisión, ocultamiento de hechos, o declaración incorrecta puede tener como resultado la denegación de beneficios o la cancelación de la cobertura o membresía. Acepto los términos y condiciones del contrato de grupo.

Entiendo que puedo recibir una copia del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) al comunicarme con mi administrador de grupo.

Entiendo que cualquier persona que, deliberadamente o con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Firma:

Fecha: