

Forma de Cancelación o Cambio – ENVÍE POR CORREO A ADMIN@UHB1.COM O POR FAX A 855-208-1140

Nombre del Empleado _____ Número de Seguro Social _____

Domicilio de Casa _____ Apt # _____ Ciudad _____ ESTADO _____ Código Postal _____

Género Hombre Mujer Fecha de Nacimiento ____/____/____ Teléfono _____

¿Qué es lo que desea hacer? _____ **CAMBIAR MI PLAN ACTUAL** _____ **CANCELAR MI PLAN ACTUAL**

¿En cuál está actualmente?

Plan de Beneficio Limitado:

_____ Empleado Solamente _____ Empleado + 1 _____ Empleado + Familia

Plan de Cobertura Mínima Esencial:

_____ Empleado Solamente _____ Empleado + 1 _____ Empleado + 2 _____ Empleado + 3 o Más

Plan de Valor Mínimo:

_____ Empleado Solamente _____ Empleado + Conyugue _____ Empleado + Hijo(s) _____ Empleado + Familia

SI ESTÁ CANCELANDO, USTED TIENE QUE PONER SUS INICIALES EN LA SELECCIÓN DE RENUNCIA A CONTINUACIÓN Y SELECCIONAR UN MOTIVO. ** LAS CANCELACIONES DEBERÁN RECIBIRSE ANTES DEL DÍA 25 DE CADA MES Y NO SERÁN CANCELADAS SINO HASTA EL COMIENZO DEL MES SIGUIENTE.

SI ESTÁ CAMBIANDO SU PLAN, USTED DEBE SELECCIONAR UN NUEVO PLAN A CONTINUACIÓN Y SI VA A AGREGAR DEPENDIENTES, DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES ABAJO ** LOS CAMBIOS DEBEN SER RECIBIDOS ANTES DEL 25 DE CADA MES Y NO SE CAMBIARÁ HASTA EL COMIENZO DEL SIGUIENTE MES.

Selección del Nuevo Plan

Plan de Beneficio Limitado:

_____ Empleado Solamente _____ Empleado + 1 _____ Empleado + Familia

Plan de Cobertura Mínima Esencial:

_____ Empleado Solamente _____ Empleado + 1 _____ Empleado + 2 _____ Empleado + 3 o Más

Plan de Valor Mínimo:

_____ Empleado Solamente _____ Empleado + Conyugue _____ Empleado + Hijo(s) _____ Empleado + Familia

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE (Si necesita más espacio para dependientes, por favor use otra aplicación para completar)

Información del Dependiente (Adjuntar dependientes adicionales a la forma)	Fecha de Nacimiento	Género (H/M)	Relación	No. de Seguro Social
			Conyugue	

CANCELACIÓN DEL EMPLEADO / RENUNCIA DE TODOS LOS BENEFICIOS (DEBE PONER INICIAL SI DECLINA)

_____ RENUNCIA: Certifico que se me ha dado la oportunidad de aplicar para el seguro de salud de grupo (**Plan Cobertura Esencial Mínima y Plan de Valor Mínimo**) y me gustaría cancelar mis beneficios, como se indica, en nombre de mí mismo, mi cónyuge y/o mi(s) hijo(s) a mi cargo. Entiendo que al firmar esta renuncia, yo, mi cónyuge y/o mi(s) hijo(s) a mi cargo perderá(n) el derecho a la cobertura. Yo no fui presionado, obligado o inducido injustamente por mi empleador, agente o asegurador(es) para la renuncia o disminución de los seguros de salud de grupo.

SELECCIONE UN MOTIVO DE LA CANCELACIÓN DE TODA LA COBERTURA CALIFICADA SIENDO OFRECIDA POR SU EMPLEADOR:

_____ Ya Tengo Cobertura Calificada _____ Ya Tengo Medicaid _____ No Quiero Ninguna Cobertura en Este Momento
 _____ Ya Tengo Cobertura No Calificada _____ Yo Recibo un Subsidio de Cuidado de la Salud _____ Razones Financieras

Todas las formas de cancelación o cambio deben ser recibidas antes del 25 de cada mes y se harán cambios a partir de principios del próximo mes. Si se elige un nuevo plan, usted autoriza la deducción de nómina asociada de acuerdo con el plan que elija como se describe en la Guía para los Solicitantes.

Firma del Empleado _____

Fecha _____