



## SUBSCRIBER CHANGE REQUEST

(all changes must be received within 31 days of the effective date of change)

### EMPLOYEE IDENTIFICATION — This section must be completed.

SUBSCRIBER ID NUMBER (FROM ID CARD)		GROUP NUMBER (FROM ID CARD)	
WORK TELEPHONE (      )		HOME TELEPHONE (      )	
LAST NAME		FIRST NAME	MIDDLE INITIAL
HOME STREET ADDRESS		CITY	ST      ZIP
GROUP/EMPLOYER NAME (IF APPLICABLE):		E-MAIL ADDRESS	

### CHANGES

YES    NO   IS THIS A CHANGE/CORRECTION OF ADDRESS?                       YES    NO   IS THE CHANGE/CORRECTION OF ADDRESS FOR A DEPENDENT?

IF YES, PLEASE INDICATE DEPENDENT NAME AND ADDRESS CHANGE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REQUESTED EFFECTIVE DATE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CORRECT MY SOCIAL SECURITY NUMBER TO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (COPY OF SOCIAL SECURITY CARD AND PHOTO I.D. MUST BE ATTACHED)

\*  TRANSFER MY COVERAGE TO:    HMO    PPO    POS    DHMO    DPPO   FROM GROUP # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TO GROUP # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ IN MY EMPLOYER GROUP.

\*  CORRECT/CHANGE NAME TO:

CORRECT/CHANGE DATE OF BIRTH TO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ADDITIONAL CHANGES/COMMENTS:

\*  SUBSCRIBER CANCELLATION:   I DECLINE HEALTH PLAN COVERAGE FOR MYSELF (AND DEPENDENTS IF ANY) EFFECTIVE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DEPENDENT COVERAGE CHANGES

\*  ADD DEPENDENT(S)                      DATE OF MARRIAGE/DIVORCE IF ADDING/CANCELING SPOUSE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*  CANCEL DEPENDENT(S)                      IF CUSTODY, ENTER DATE OF ADOPTION AND ATTACH COPY OF LEGAL DOCUMENTS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REQUESTED EFFECTIVE DATE FOR ADDITIONS/DELETIONS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EMPLOYER GROUPS: PLEASE INCLUDE A COPY OF THE HIPAA CERTIFICATE IF YOU ARE NOT ADDING A PARTICIPANT DURING OPEN ENROLLMENT

QUALIFYING EVENT: \_\_\_\_\_ QUALIFYING EVENT DATE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOTE:** NEWBORN/ADOPTED CHILDREN REQUIRE A COMPLETED SUBSCRIBER CHANGE REQUEST TO BE SUBMITTED WITHIN 31 DAYS FROM THE DATE OF BIRTH/ADOPTION TO BE ADDED TO THE EMPLOYEE'S COVERAGE.

PLEASE CHECK WHICH BENEFIT THE CHANGE APPLIES TO:  
D = DENTAL OR M = MEDICAL

HMO OR POS MEMBERS MUST COMPLETE THIS SECTION

ADD	CANCEL	LAST NAME	FIRST	MI	SEX	DATE OF BIRTH	IS THIS DEPENDENT A FULL TIME STUDENT?	HMO/POS PERSONAL PHYSICIAN NAME	CURRENT PATIENT	DENTAL HMO ONLY DENTAL CENTER
		SELF						DR.'S NAME: PROV. # IPA/MG #	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DENTAL CENTER NAME:  DENTAL CENTER #:
		SPOUSE						DR.'S NAME: PROV. # IPA/MG #	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DENTAL CENTER NAME:  DENTAL CENTER #:
		CHILD					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DR.'S NAME: PROV. # IPA/MG #	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DENTAL CENTER NAME:  DENTAL CENTER #:
		CHILD					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DR.'S NAME: PROV. # IPA/MG #	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DENTAL CENTER NAME:  DENTAL CENTER #:
		CHILD					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DR.'S NAME: PROV. # IPA/MG #	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DENTAL CENTER NAME:  DENTAL CENTER #:

### FOR GROUP COVERAGE

\* EMPLOYER VERIFICATION: EMPLOYER MUST SIGN FOR ANY SUBSCRIBER NAME CHANGE, SUBSCRIBER CANCELLATION, DEPENDENT ADDITION/DELETION OR TRANSFER TO A DIFFERENT

GROUP NUMBER OR SECTION/BILLING UNIT. EMPLOYER SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EMPLOYEE SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IF FAXING THIS FORM, KEEP THIS DOCUMENT FOR YOUR FILES.**



## SOLICITUD DE CAMBIO DEL SUSCRIPTOR

(todos los cambios se deben recibir dentro de 31 días de la fecha efectiva del cambio)

### IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO – Esta sección debe completarse.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR (DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)	NÚMERO DEL GRUPO (DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)		
TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	TELÉFONO DE LA CASA ( )		
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO	CIUDAD	CALLE	CÓDIGO POSTAL
GRUPO/NOMBRE DEL EMPLEADOR (SI CORRESPONDE):	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA		

### CHANGES

SÍ  NO ¿ES ESTE UN CAMBIO/CORRECCIÓN DE DIRECCIÓN?  SÍ  NO ¿ES ESTE CAMBIO / CORRECCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE UN DEPENDIENTE?

SI ES SÍ, FAVOR DE INDICAR EL NOMBRE DEL DEPENDIENTE Y EL CAMBIO DE DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

FECHA EFECTIVA SOLICITADA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CORRIJA MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (DEBE ADJUNTAR COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO SOCIAL Y UNA FOTO DE IDENTIFICACIÓN)

\*  TRASLADÉ MI COBERTURA A:  HMO  PPO  POS  DHMO  DPPO DEL GRUPO # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ AL GRUPO # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EN EL GRUPO DE MI EMPLEADOR.

\*  CORRIJA / CAMBIE MI NOMBRE A:

CORRIJA / CAMBIE LA FECHA DE NACIMIENTO A: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CAMBIOS / COMENTARIOS ADICIONALES:

\*  CANCELACIÓN DEL SUSCRIPTOR: DECLINO LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD PAR MÍ ( Y MIS DEPENDIENTES SI EXISTEN) EFECTIVO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### CAMBIOS EN LA COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES

\*  AGREGUE DEPENDIENTE(S) FECHA DEL MATRIMONIO / DIVORCIO SI ESTÁ AGREGANDO / CANCELANDO A SU CÓNYUGE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*  CANCELE DEPENDIENTE(S) SI ES PARA CUSTODIA, PONGA LA FECHA DE ADOPCIÓN Y ADJUNTE UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS LEGALES: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FECHA EFECTIVA SOLICITADA PARA AGREGAR / CANCELAR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GRUPOS EMPLEADORES: FAVOR DE INCLUIR UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE HIPAA SI NO ESTÁ AGREGANDO UN PARTICIPANTE DURANTE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA EVENTO QUE CALIFICA: \_\_\_\_\_ FECHA DEL EVENTO QUE CALIFICA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOTA:** NIÑOS RECIÉN NACIDOS / ADOPTADOS NECESITAN QUE SE ENVÍE UNA SOLICITUD DE CAMBIO DEL SUSCRIPTOR DENTRO DE 31 DÍAS DE LA FECHA DE NACIMIENTO / ADOPCIÓN PARA SER AGREGADOS A LA COBERTURA DEL EMPLEADO.

FAVOR DE MARCAR CUÁL CAMBIO DE BENEFICIO CORRESPONDE A:  
D= DENTAL O M= MÉDICO

MIEMBROS HMO O POS DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN

AGREGUE	CANCELE	APELLIDO	NOMBRE	IN.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ES ESTE DEPENDIENTE UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO	HMO/POS NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL	PACIENTE ACTUAL	SÓLO DENTAL HMO
D   M	D   M					MES DÍA AÑO				
		YO						NOMBRE DEL DR.: # DE PROV. # DE IPA/GM	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL: # DEL CENTRO DENTAL:
		CÓNYUGE						NOMBRE DEL DR.: # DE PROV. # DE IPA/GM	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL: # DEL CENTRO DENTAL:
		HIJO(A)					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL DR.: # DE PROV. # DE IPA/GM	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL: # DEL CENTRO DENTAL:
		HIJO(A)					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL DR.: # DE PROV. # DE IPA/GM	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL: # DEL CENTRO DENTAL:
		HIJO(A)					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL DR.: # DE PROV. # DE IPA/GM	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO DENTAL: # DEL CENTRO DENTAL:

### PARA COBERTURA DE GRUPO

\* VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR: EL EMPLEADOR DEBE FIRMAR CUALQUIER CAMBIO DEL SUSCRIPTOR: NOMBRE, CANCELACIÓN, AGREGAR O CANCELAR UN DEPENDIENTE O TRASLADO A UN NÚMERO DE GRUPO DISTINTO O A UNA SECCIÓN/UNIDAD DE FACTURACIÓN. FIRMA DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SI MANDA ESTE FORMULARIO POR FAX, GUARDE ESTE DOCUMENTO PARA SUS ARCHIVOS.