Aplicacion y tarjeta de cambios de CEBT

Please type or print in ink. Press firmly. ***Employer - Complete all shaded areas at the top of the card.*** ***Employee - Complete all unshaded areas.***

Name of employer	Date of Full Time Eligibility	Salary	Effective Date of Coverage	Branch #

1. Primer nombre, Segundo nombre y apellido	2. Numero de seguro social – –	3. Fecha de nacimiento

4. Direccion de domicilio calle ciudad Estado y codigo postal

5. Sexo Masculino ❑ Femenino ❑	6. Estado civil? Soltero (a) ❑ Casado (a) ❑ Viudo (a) ❑ Divorciado (a) ❑	7.Titulo del trabajo

8. Nombre del beneficiario	9. Su relacion con el beneficiario?

Por favor llenar esta parte si Ud. Va a asegurar a su familia

10. Quiere Ud.cubrir a su familia? Si ❑ No ❑	11. Numero de familia elegible	12. Fecha de nacimiento del esposo (a)
13. Esta Ud. Cubierto (a) por algun otro seguro medico? Si ❑ No ❑	14. Esta su familia cubierta por algun otro seguro medico? Si ❑ No ❑	

15.	PPO I	PPO II	PPO III	PPO IV	PPO V	EPO*	Plan Dental	Plan de vista	Life	Dental vol.	Vista vol.
Individual	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	☒	❑	❑
Empleado(a) y esposo (a)	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Empleado(a) y un nino (a)	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Empleado y Ninos (as)	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Familia	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

*Debe completar la seccion #16 con el nombre de su medico principal. **PLAN DE SEGURO FAMILIAR DEBE SER EL MISMO PARA TODOS LOS PLANES**

16. Favor llenar con el nombre de las personas a quien va a cubrir o para seguro de EPO anote el nombre de su medico principal

Apellido, Primer Nombre, Inicial	Fecha de nacimiento	Sexo	Medico principal	es paciente presentemente?
Empleado				Si ❑ No ❑
1. Esposo (a)				Si ❑ No ❑
Numero de seguro Social				
2. Nino (a)				Si ❑ No ❑
Numero de seguro Social				
3. Nino (a)				Si ❑ No ❑
Numero de seguro Social				
4. Nino (a)				Si ❑ No ❑
Numero de seguro Social				
5. Nino (a)				Si ❑ No ❑
Numero de seguro Social				
6. Nino (a)				Si ❑ No ❑
Numero de seguro Social				

POR FAVOR MARQUE UNO: APLICACION DE NUEVO GRUPO ❑ CAMBIO DE APLICACION ❑ CAMBIO DE ESTADO CIVIL ❑

cambio de beneficiario ❑ cambio de estado de dependientes ❑ Nuevo nombre ❑ cambio de medico principal ❑ cambio de direccion ❑ matrimonial/divorcio ❑

A menos que sea especificado, si dos o mas beneficiarios son nombrados, el dinero sera pagado en partes iguales a los beneficiaries nombrados si sobreviven al asegurado al sobrevidor de los sobrevidores. Si no hay sobrevidores los pagos seran hechos de acuerdo a la poliza. La informacion arriba mencionada representa la verdad y decuada reprecentacion de mis dependientes del paln de Salud. Tengo entendido que al no participar en el Plan familiar, no hay garantia que ellos puedan participar con CEBT en el futuro

17. Firma del empleado/numero de telefono _____

18. Fecha de la firma _____

For company/administrative use only

Effective date	Coverage - Class and/or amount							
	Life	Dental	Health	Vision				