

# FORMULARIO DE PERIODO DE INSCRIPCION ESPECIAL (SEP)

**DEBE SER LLENADO Y PREPARADO POR EL EMPLEADO EN NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, INCLUYENDO LOS QUE NO ESTEN SOLICITANDO COBERTURA**  
(Esta solicitud debe estar acompañada de un "CERTIFICADO DIGNO DE COBERTURA" para una cobertura previa usada para calificar para SEP.)

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo Empleador \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LAS SECCIONES A, B Y C

**(Sección A)** Por favor llene esta sección para el empleado y todos los miembros familiares elegibles sea que estén solicitando o no cobertura indicando nombre y apellido, relación con el empleado y responda sí o no si el empleado o miembro familiar tuviera otra cobertura médica al ser elegibles para cobertura bajo este Grupo.

**(Sección B)** Por favor llene esta sección para el empleado y los miembros familiares indicados en la *Sección A* que hayan tenido otra cobertura médica al ser elegibles para cobertura bajo este grupo; indique el tipo de seguro (Grupo, Individual, Medicare, Medicaid, V.A., etc.), cuál miembro familiar es o fue el titular del certificado (Empleado o el Cónyuge), el nombre del proveedor del seguro, las fechas de cobertura y la razón por la que se terminó (cesación de COBRA, separación legal, divorcio, muerte, reducción de horas de empleo, eliminación de las contribuciones del empleado, etc.)

**(Sección C)** Por favor identifique cualquier dependiente en la *Sección A* adquirido en los últimos 30 días indicando la fecha y si lo fue por matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción.

### SECCION A

Empleado	Nombre del Empleado o Miembro Familiar (Nombre, Apellido)	Marque la Relación con el Empleado	Otra Cobertura Médica Sí   No	Tipo de Seguro	Nombre y No. de Póliza del Titular del Certificado	Nombre y No. de Póliza del Proveedor del Seguro	Fechas de Cobertura Inicio/Fin	Razones para la Terminación	Tipo y Fecha de la Adquisición
1.		El/Ella Mismo Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/>							
2.	Hijos (Por edad comenzando con el o la mayor)	Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>							
3.		Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>							
4.		Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>							
5.		Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>							
6.		Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>							
7.		Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>							
8.		Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>							

### FIRMA

Yo certifico que la información anterior es verdadera, correcta y completa a mi mejor entendimiento y reconozco que cualquier cobertura emitida por el Plan será emitida basándose en esta información. Estoy consciente que cualquier miembro(s) familiar incluyendo a mí, si me estoy inscribiendo debe

aparecer en un formulario de "Solicitud de Membresía". Si alguna información provista por mí en este acuerdo resulta falsa, incorrecta o incompleta, el Plan tendrá el derecho de declarar mi contrato nulo y sin validez y negar cobertura de cualquier reclamo incurrido.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_

Fecha en que firma \_\_\_\_\_