

# NORTH AMERICA ADMINISTRATORS, L.P. FORMA DE CAMBIO

Nombre del Empleado/a: Apellido		Primer Nombre		Inicial de enmedio		Número de Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Patrón _____			
Adición de cobertura del dependiente <input type="checkbox"/> Esposo/a Niño(s): <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Hijastro/a						Fecha del matrimonio / /		Marital Status: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Enviudado/a <input type="checkbox"/> Legalmente Separado/a		Cambie A: <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Solo/a y Esposo/a <input type="checkbox"/> Solo/a y Niños <input type="checkbox"/> Solo/a y Familia		Elecciones de Cobertura <input type="checkbox"/> Norma medica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Vida Dependiente <input type="checkbox"/> Vida Suplementaria <input type="checkbox"/> Ingresos de Incapacidad <input type="checkbox"/> Invalidez a Largo Plazo		FECHA DE CONTRATACION: _____	
Terminación de cobertura de todos los dependientes <input type="checkbox"/>						Fecha eficaz / /						FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO: _____			
Terminación de Dependientes <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Niño(s)						Fecha eficaz / /						COMENTARIOS _____			
Nombres: _____															
Razón: _____															
Cambie: <input type="checkbox"/> Clase		De:		A:		Fecha eficaz / /									
						Fecha eficaz / /									
<input type="checkbox"/> Lugar						Fecha eficaz / /									
						Fecha eficaz / /									
Seguro de Vida Aum./Dism.						De:		A:		Fecha eficaz / /					
Seguro de Vida Supl. Aum./Dism.						De:		A:		Fecha eficaz / /					
Reintegración del Seguro		Fecha eficaz Previa de la Terminación				Fecha eficaz / /									
Cancelación de toda la Cobertura <input type="checkbox"/> Terminación de empleo <input type="checkbox"/> Salida / Descanso						Fecha eficaz / /									
<b>CAMBIO DE DOMICILIO</b>															
								Nombre _____							
								Dirección _____							
								Ciudad _____		Estado _____		Código postal _____ Condado _____			
<b>OTRA INFORMACION DE SEGURO</b>															
Si usted o cualquiera de sus dependientes es cubierto por otro seguro, usted debe llenar la información siguiente para calificar en cualquier tiempo como un inscrito Especial (adjunte una hoja separada si espacio adicional es requerido).															
								Nombre de Persona Cubierta por Otro Seguro				Número de Seguro Social			
								Nombre de la Compañía para la cual esta persona trabaja				No. de grupo			
								Nombre de la otra Compañía de Seguros							
								Dirección de la otra Compañía de Seguros							

<b>CAMBIO DE BENEFICIARIO:</b>		Apellido		Primer Nombre		Inicial de enmedio		Relación	
--------------------------------	--	----------	--	---------------	--	--------------------	--	----------	--

**Utilice este espacio para poner a todos los dependientes elegibles que usted desea cubrir. El apellido es requerido si es diferente del empleado.**

Nombre de Esposo/a		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de Seguro Social			
Nombre de Dependiente		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de Seguro Social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro	
								Estudiante a Tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de Dependiente		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de Seguro Social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro	
								Estudiante a Tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de Dependiente		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de Seguro Social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro	
								Estudiante a Tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de Dependiente		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de Seguro Social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro	
								Estudiante a Tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de Dependiente		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de Seguro Social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro	
								Estudiante a Tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Certifico en conjunto que la información de arriba es verdad y correcta. Yo por la presente autorizo a todos los médicos, los farmacéuticos, los hospitales u otras instituciones que rinden el cuidado y el tratamiento de proporcionar a North America Administrators, L.P. con información repleta con respecto al tratamiento médico (inclusive copias de sus registros). Autorizo también cualquier Unión, los Fideicomisos, Portador de Empleador o Seguro a proporcionar a North America Administrators, L.P. con información con respecto a beneficios a que yo/nosotros podamos tener derecho. Una copia o la fotocopia de esta autorización se considerarán como efectivas y válidas como la original.

FIRMA DE/LA EMPLEADO/A \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_