

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

**naa** | North America Administrators

Nombre de 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 _____	
Email Dirección								FECHA DE CONTRATACION: _____	
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:		FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO: _____	
Terminación de cobertura de <b>TODOS</b> dependents <input type="checkbox"/>				Fecha eficaz / /		<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		COMENTARIOS _____	
Terminación de Dependientes <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Niño(s) Nombres: _____ Razón: _____				Fecha eficaz / /		Cambio 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	
Cambio: <input type="checkbox"/> Clase De: _____ A: _____ Fecha eficaz / / <input type="checkbox"/> Lugar Fecha eficaz / /				Fecha eficaz / /		<b>CAMBIO DE DOMICILIO</b>			
				Nombre _____		Dirección _____			
				Fecha eficaz / /		Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____			
				Fecha eficaz / /		<b>OTRA INFORMACION DE SEGURO</b>			
Seguro de Vida Aum./Dism. De: _____ A: _____ Fecha eficaz / /				Fecha eficaz / /		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).			
Seguro de Vida Supl. Aum./Dism. De: _____ A: _____ Fecha eficaz / /				Fecha eficaz / /		Nombre de Persona Cubierta por Otro Seguro		Número de Seguro Social	
Reintegración del Seguro Fecha eficaz Previa de la Terminación				Fecha eficaz / /		Nombre de la Compañía para la cual esta personal trabaja		No. de grupo	
Cancelación de TODA la Cobertura <input type="checkbox"/> Terminación de empleo <input type="checkbox"/> Salida/Descanso				Fecha eficaz / /		Nombre de la otra Compañía de Seguros			
				Fecha eficaz / /		Dirección de la otra Compañía de Seguros			

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

**Utilice este espacio pra 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 <input type="checkbox"/> Otro
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 <input type="checkbox"/> Otro
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 <input type="checkbox"/> Otro
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 <input type="checkbox"/> Otro
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 <input type="checkbox"/> Otro
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 <input type="checkbox"/> Otro

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 como efectivas y válidas como la original.

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