

ESCRIBIR CON LETRA IMPRENTA DE FORMA CLARA

* **Esta información es obligatoria.** Habrá demoras en el procesamiento del formulario si no se completan los campos marcados con asterisco.

Sección 1 Beneficiario calificado original

* Nombre		* Apellido		* Número del Seguro Social	
* Dirección			* Ciudad		* Estado
* Número de teléfono		* Nombre del grupo		* Fecha del cambio de estado	
* Motivo del cambio de estado <input type="checkbox"/> Cambio de nombre únicamente _____ <input type="checkbox"/> Nueva dirección _____ <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente agregado _____ <input type="checkbox"/> Eliminación de dependiente _____ <input type="checkbox"/> Cambio de compañía de seguros por mudanza fuera del área de servicio _____ <input type="checkbox"/> Nuevo beneficio agregado debido a cambio de estado o inscripción abierta _____ <input type="checkbox"/> Terminación de la cobertura (indique el beneficio y el motivo de la terminación) _____					

Sección 2 Información de beneficiario calificado nuevo (en el caso de matrimonio, nacimiento o adopción, pérdida de cobertura nuevos)

* Nombre		* Apellido		* Fecha de nacimiento	
* Número del Seguro Social <i>(si agregará a un recién nacido, comuníquese con BenefitHelp Solutions cuando reciba el número del Seguro Social de su dependiente)</i>		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			

Sección 3 Información de compañía de seguros nueva (si se muda fuera del área de servicio o termina la cobertura debido a un cambio de compañía de seguros)

* Cobertura médica anterior		* Cobertura dental anterior	
* Cobertura médica nueva		* Cobertura dental nueva	

Sección 4 Autorización

Reconozco que este formulario puede ser firmado electrónicamente y acepto que las firmas electrónicas que aparecen en este documento son las mismas que las firmas manuscritas a efectos de la validez, la aplicabilidad y la admisibilidad.

* Firma del contacto autorizado		* Fecha	
---------------------------------	--	---------	--

Envíe el formulario completo a BenefitHelp Solutions

Correo postal: BenefitHelp Solutions, PO Box 40548 Portland, O 97240-0548, **fax:** 888-393-2943

¿Tiene preguntas? Comuníquese con BenefitHelp Solutions al 800-556-3137, de lunes a viernes, de 8 a.m. - 5 p.m. (hora estándar del Pacífico).