



SELECCIÓN DE CONTINUACIÓN DE CUBIERTA GRUPAL DE SALUD (COBRA)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Apellidos	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo F () M ()	Número de contrato
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Nombre del solicitante (si no es empleado):				
El solicitante es: () Empleado Part-Time () Empleado Regular () Cónyuge sobreviviente () Ex-cónyuge () Hijo Dependiente () Otro				

Fecha en que terminó la cubierta del empleado: _____

Fecha en que terminó la cubierta de los dependientes: _____

- () Deseo tiempo adicional para tomar una decisión
- () Se me ha dado la opción de continuar con la cubierta grupal de salud y la he rechazado
- () Deseo continuar con mi cubierta grupal de salud

	Nombre	Sexo	Número de contrato	Fecha de nacimiento
Empleado		F () M ()		
Cónyuge		F () M ()		
Dependiente		F () M ()		
Dependiente		F () M ()		
Dependiente		F () M ()		

Certifico que fui orientado que debo pagar la prima mensual requerida dentro del periodo de tiempo establecido por el Administrador del Plan de Salud. El no hacerlo conlleva como resultado la terminación de mis derechos de continuación de cubierta.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

Representante de la Compañía (Firma Autorizada): _____

Fecha: _____

ELECCIÓN Y FORMA DE PAGO:

Si decide continuar su cubierta grupal de salud debe notificarlo al Administrador del Plan de Salud dentro de los sesenta (60) días a partir de: (a) la fecha en que termina su cubierta, o (b) la fecha de esta notificación. Será entonces su responsabilidad el efectuar pagos mensuales de \$ _____ (sujeto a cambio), mediante descuento automático, tarjeta de débito, Visa, MasterCard, a través de Nuestro Centro de Llamadas 1-888-758-1616 y/o cheque o giro postal a favor del Administrador del Plan de Salud: _____.

El primer pago debe ser entregado con esta solicitud a su Departamento de Recursos Humanos o al Administrador el Plan dentro de los sesenta (60) días del tiempo establecido; de otra forma, perdería el derecho a continuación de cubierta. Los pagos subsiguientes deben ser enviados al Administrador del Plan, _____ y deben ser recibidos treinta (30) días antes de la fecha de la expiración de la cubierta. El no efectuar los pagos a tiempo será causa suficiente para la terminación de la cubierta.

Si la elección es hecha un mes después que la cubierta con la Compañía hubiese terminado, la ley permite que difiera el pago de la prima por el pago mensual del periodo que precede a su elección; sin embargo, este periodo de pago diferido: (1) no puede exceder de 45 días inmediatos siguientes a la fecha de la firma de su elección; y (2) aplica solamente al periodo de pago precedente al mes en que la elección fue hecha. De no hacerse el pago completo para este periodo, dentro del periodo de 45 días terminará la continuación de la cubierta.

PARA USO OFICIAL DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS:

Certifico que el solicitante es elegible para los beneficios de continuación de cubierta establecidos en Ley COBRA y enmiendas aplicables.		
Evento Cualificante: _____ (Renuncia, Despido, Muerte empleado, etc.)	Fecha del evento: _____	() Elegible a HCTC Health Coverage Tax Credit
Cubierta Bajo COBRA de: _____ a _____	() 18 meses	() 36 meses
Nombre del Grupo: _____	Número de Grupo: _____	
Firma y Título del Representante Autorizado: _____	Fecha: _____	
Fecha Efectividad de la cubierta: _____	Por: _____	Fecha: _____