

Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Washington 2023

Este formulario debe agregarse al Formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Washington y no se puede enviar como un formulario independiente. Úselo cuando tenga más dependientes de los que pueda registrar en el Formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Washington.

Sección para el empleador (El empleador debe completar esta sección. Se debe incluir información de subgrupo y de grupo de facturación si se selecciona la cobertura).

Nombre de la compañía¹ _____ Fecha de vigencia de la cobertura¹ ____ / ____ / ____
N.º de grupo¹ _____ N.º de subgrupo de cobertura médica _____ Grupo de facturación _____
N.º de subgrupo de cobertura dental para adultos _____ Grupo de facturación _____
N.º de subgrupo de cobertura dental pediátrica _____ Grupo de facturación _____

A Información del empleado (El empleado debe completar las secciones A, B y C).

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____
Apellido anterior/de soltera (si corresponde) _____ Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____
N.º de Seguro Social _____ Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento)
Pronombres _____

B Información de los dependientes

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,2} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento)
Pronombres _____ Teléfono móvil _____ Discapacidad Sí No
 Cobertura médica
Cobertura dental (seleccione una opción): Cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años)
 Cobertura dental pediátrica (18 años o menos) Exención de cobertura dental pediátrica³
Otro seguro médico Sí No Compañía de seguros _____
N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,2} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento)
Pronombres _____ Teléfono móvil _____ Discapacidad Sí No
 Cobertura médica
Cobertura dental (seleccione una opción): Cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años)
 Cobertura dental pediátrica (18 años o menos) Exención de cobertura dental pediátrica³
Otro seguro médico Sí No Compañía de seguros _____
N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Marque esta casilla si se adjunta otro Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Washington.

C Importante

Es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Firma del empleado¹ _____ Fecha ____ / ____ / ____

¹ Campo obligatorio. ² Elegible hasta el último día del mes de su cumpleaños número 26 o sin límite de edad en el caso de los dependientes mayores de 26 años con una discapacidad física, del desarrollo o una enfermedad mental. Según la ley estatal, si los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera. Si su empleador decide proveer cobertura a parejas domésticas que no están registradas en el estado y los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas no registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera. ³ Al marcar esta casilla, declara que el miembro tiene cobertura dental pediátrica de otro proveedor que cumple con la cláusula sobre beneficios de salud esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).

The English version is the controlling document. The translated version is informational.
La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.