

FORMULARIO DE SELECCIÓN DE COBRA

Núm. de identificación de PacifiCare

Importante: Llene todas las secciones. No se puede procesar este formulario si la información está incompleta.

Cuando sea necesario, adjunte una solicitud de inscripción de PacifiCare a este formulario de selección

Nombre del empleador	Número de grupo
----------------------	-----------------

Información de COBRA (Debe suministrarla el Empleador)

Apellido del miembro / afiliado	Nombre	Inicial
---------------------------------	--------	---------

¿Es el miembro o afiliado un miembro o afiliado actual de PacifiCare?

- Sí Por favor anote el número de credencial de identificación de PacifiCare en la casilla superior derecha de este formulario y llene las secciones A y B de este formulario.
 No Por favor llene únicamente la sección A de este formulario y adjunte un formulario de inscripción de PacifiCare lleno.

(Si esta nueva afiliación no se realiza durante el período de inscripción abierta, por favor adjunte detalles de la elegibilidad del solicitante para afiliarse en COBRA).

SECCIÓN A – Evento que califica (Favor de especificar)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terminación o reducción de horas de trabajo | <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura por adquisición de derecho del empleado a Medicare |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento del empleado | <input type="checkbox"/> Cese de elegibilidad del dependiente en virtud del plan |
| <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal | <input type="checkbox"/> Bancarrota del empleador en virtud del Título II |

Fecha del evento que califica	Última fecha de cobertura del Empleador	Fecha de inicio de COBRA	Fecha de finalización de COBRA
-------------------------------	---	--------------------------	--------------------------------

SECCIÓN B – Lista de miembros o afiliados continuos de PacifiCare únicamente

Por favor conteste la información para miembros continuos (beneficiarios) que continuarán con la cobertura. Si fuese aplicable, incluya al empleado.

							ÚNICAMENTE HMO/POS
1	Suscriptor	Apellido	Número de Seguro Social	Dirección postal			Nombre del Doctor de Atención Primaria
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes – Día - Año)	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Nombre del Grupo Médico
2	Cónyuge	Apellido	Número de Seguro Social	Dirección postal			Nombre del Doctor de Atención Primaria
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes – Día - Año)	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Nombre del Grupo Médico
3	Parentesco	Apellido	Número de Seguro Social	Dirección postal			Nombre del Doctor de Atención Primaria
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes – Día - Año)	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Nombre del Grupo Médico
4	Parentesco	Apellido	Número de Seguro Social	Dirección postal			Nombre del Doctor de Atención Primaria
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes – Día - Año)	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Nombre del Grupo Médico
5	Parentesco	Apellido	Número de Seguro Social	Dirección postal			Nombre del Doctor de Atención Primaria
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes – Día - Año)	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Nombre del Grupo Médico

Coordinación de beneficios / información sobre otras compañías de seguros

- ¿Tiene alguna de las personas indicadas anteriormente otro seguro de salud? Sí No Si responde sí, llene la sección siguiente.
- ¿Está alguna de las personas antes indicadas permanentemente discapacitada? Sí No Nombre _____ Fecha de inicio de la discapacidad _____ M - D - A
- ¿Califica para Medicare alguna de las personas antes indicadas? Sí No Nombre _____ Núm. de identificación de Medicare _____

NOMBRE	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	NO. DE PÓLIZA Y FECHA DE VIGENCIA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE OTRO EMPLEADOR

Firma del miembro / afiliado	Fecha	Firma del empleador	Fecha
------------------------------	-------	---------------------	-------

PacifiCare SignatureValueSM (HMO) y PacifiCare SignaturePOSSM:
 P.O. Box 6006, MS CY24-515
 Cypress, CA 90630

PacifiCare SignatureOptionsSM (PPO)*, PacifiCare SignatureIndependenceSM (Indemnización)* y PacifiCare SignatureFreedomSM (SDHP)* :
 P.O. Box 6098
 Cypress, CA 90630

CM-603-46149.10
 PC1036

***Suscrito por PacifiCare Life and Health Insurance Company**