



## E. COBERTURA ACTUAL

Comenzando por el empleado, enumere todos los miembros de la familia que solicitan nuestra cobertura e incluya información correspondiente a toda cobertura actual:

Nombre del miembro de la familia	Compañía de seguros (nombre y número de póliza)	Fecha de inicio de la cobertura	Fecha de finalización de la cobertura	Motivo de la finalización

## F. INFORMACIÓN DE MEDICARE

¿Están usted o su cónyuge cubiertos por Medicare Parte A (Hospital) y Parte B (Médica)?  Sí (complete la sección a continuación)  No

### Empleado:

Fecha de entrada en vigencia de la Parte A \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de la Parte B \_\_\_\_\_ N.º de reclamo de Medicare \_\_\_\_\_

Motivo de elegibilidad para Medicare:  Edad  Discapacidad  Enfermedad renal en fase final  Discapacidad y enfermedad renal en fase final

### Cónyuge:

Fecha de entrada en vigencia de la Parte A \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de la Parte B \_\_\_\_\_ N.º de reclamo de Medicare \_\_\_\_\_

Motivo de elegibilidad para Medicare:  Edad  Discapacidad  Enfermedad renal en fase final  Discapacidad y enfermedad renal en fase final

## G. CAMBIO DE INFORMACIÓN DE LA COBERTURA – MARQUE EL/LOS CASILLERO/S CORRESPONDIENTE/S y COMPLETE LAS SECCIONES A, B y C

### Agregar dependientes:

- Nacimiento/adopción \_\_\_\_\_  
 Orden judicial \_\_\_\_\_  
 Matrimonio \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

Fecha del evento: \_\_\_\_\_

### Suprimir dependientes:

- Divorcio \_\_\_\_\_  
 Otro (explique) \_\_\_\_\_

Fecha del evento: \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

Detalles \_\_\_\_\_

Pérdida de cobertura médica y/u odontológica previa: \_\_\_\_\_

- Otra cobertura finalizada voluntariamente \_\_\_\_\_  
 Finalización del período de continuación grupal (COBRA) \_\_\_\_\_  
 Finalización de la contribución para cobertura por parte del empleador \_\_\_\_\_  
 Finalización de la cobertura por pérdida de elegibilidad \_\_\_\_\_

- Cambio de domicilio  
 Cambio de clínica de asistencia primaria  
 Cambio de número de teléfono  
 Cambio de nombre

Fecha del evento \_\_\_\_\_

Anterior \_\_\_\_\_

Indicar el nuevo nombre en la sección A

Motivo \_\_\_\_\_

**EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIO SE DEBE ENVIAR A:**

BlueLink TPA  
P.O. Box 64668  
St. Paul, Minnesota  
55164-0668