

# Anexo al formulario de inscripción o de cambio de grupos pequeños de empleados de Washington de 2020

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

## El empleador debe llenar esta sección

Nombre de la compañía<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
N.º de grupo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ N.º de subgrupo médico \_\_\_\_\_ Grupo de facturas \_\_\_\_\_  
N.º de subgrupo dental adultos \_\_\_\_\_ Grupo de facturas \_\_\_\_\_  
N.º de subgrupo dental pediátrico \_\_\_\_\_ Grupo de facturas \_\_\_\_\_

## A Información del empleado (el empleado debe llenar las secciones A, B y C)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Nombre anterior/apellido de soltera (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
N.º de seguro social \_\_\_\_\_  
Sexo<sup>1</sup>  H  M  X  Se niega a responder (en este momento) Pronombre preferido \_\_\_\_\_

## B Información de los dependientes

Nombre del dependiente (niño) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_  
Sexo<sup>1</sup>  H  M  X  Se niega a responder (en este momento)  
Pronombre preferido \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Discapacitado  Sí  No  
 Médico  Dental adultos (a partir de los 19 años)  
 Dental pediátrico (menores de 18 años)  Exención de cobertura dental pediátrica<sup>3</sup>  
Otro seguro médico  Sí  No Comp. de seguros \_\_\_\_\_  
N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente (niño) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_  
Sexo<sup>1</sup>  H  M  X  Se niega a responder (en este momento)  
Pronombre preferido \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Discapacitado  Sí  No  
 Médico  Dental adultos (a partir de los 19 años)  
 Dental pediátrico (menores de 18 años)  Exención de cobertura dental pediátrica<sup>3</sup>  
Otro seguro médico  Sí  No Comp. 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 de 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 el encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de seguro.

Firma del empleado<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<sup>1</sup>Requerido

<sup>2</sup>Elegible hasta el último día del mes de su 26.º cumpleaños

<sup>3</sup>Al marcar esta casilla, declara que el miembro tiene cobertura dental pediátrica con cualquier otro proveedor que cumple con la cláusula sobre beneficios de salud esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).