HUMANA®

FORMULARIO DE ELECCION DE EXTENSION DE CUBIERTA BAJO LA LEY COBRA

INSTRUCCIONES: Favor de marcar la opción correspondiente a su elección y proveer la información solicitada en este formulario. Antes de completar el mismo asegúrese de haber recibido y leído la información con relación a sus derechos de continuación de cubierta bajo La Ley COBRA, a las primas, método de pago, y fechas de pago.

Nombre del Asegurado COBRA		**# de Contrato**	
Nombre del grupo		**# de Grupo**	
Teléfono		**Celular**	
Dirección Postal			
Dirección Residencial			

☐ **SI** deseo la extensión de cubierta médico-hospitalaria bajo La Ley COBRA, con Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. o Humana Health PLans of PR, Inc. (favor de completar la información de la parte A y B)

☐ **NO** deseo la extensión de cubierta médico-hospitalaria bajo La Ley COBRA, con Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. o Humana Health Plans of PR, Inc. y entiendo que al rechazar la extensión de cubierta médico-hospitalaria mi cubierta actual terminará a la fecha en que ocurrió el evento que me hace elegible a Ley COBRA.

Parte A **Solicito esta extensión para:**

☐ Mi persona solamente ☐ Mis dependientes elegibles ☐ Para mi persona y mis dependientes elegibles

Nombre de Dependientes pariculares:_____; _____

PARTE B

Favor de marcar según aplique e indique la fecha del evento.

✓		**Fecha:**	**Término de tiempo**
	Renuncia		
	Cesantía de Empleo por cualquier motivo (que no sea por conducta impropia crasa)		
	Reducción de horario de trabajo		
	Muerte del empleado		
	Divorcio o separación legal entre el empleado y su cónyuge		
	Terminación de cubierta de un hijo que cese de ser un dependiente elegible bajo la póliza.		
	Dependiente de empleado elegible a Medicare y / o empleado retirado		

☐ Acuerdo realizar el pago mensual por $ _____ para continuar con la cubierta. Entiendo que para mantener esta extensión activa, debo pagar el total de las primas y en los plazos y fechas convenidas. De no cumplir con estos requisitos, reconozco que Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. o Humana Health Plans of PR, Inc. dará por terminada la extensión sin previa autorización.

Firma del Administrador / Asegurado	Fecha: