

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTES

Rellene las secciones A y B, C o D de este formulario según corresponda para asegurarse de que se determine correctamente la elegibilidad de su dependiente para los beneficios.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN GENERAL (A rellenar por el empleado)		
1. Nombre del empleado (en letra de molde: apellido, nombre e inicial del segundo nombre)		2. Núm. de Id. de contrato (P.e. Seg. Soc.) _____
3. Dirección del empleado (número, calle, ciudad, estado y código postal)		
4. Nombre del dependiente (en letra de molde: apellido, nombre e inicial del segundo nombre)		5. Fecha de nacimiento del dependiente (mm/dd/año)
6. Relación del dependiente con el empleado <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	7. Estado civil del dependiente <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Si el dependiente está casado, escriba la fecha del matrimonio (mm/dd/año)
8. ¿El dependiente está actualmente cubierto bajo alguna cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, escriba el nombre de la aseguradora	
9. ¿El dependiente está actualmente cubierto bajo otro plan dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, escriba el nombre de la aseguradora	
SECCIÓN B: CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE ESTUDIANTE (A rellenar por el empleado)		
1. Nombre de la escuela en la que está inscrito el dependiente		2. Tipo de escuela (es decir, universidad, técnico, etc.)
3. Estudiante inscrito <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Postgrado _____ Número de créditos		4. Fecha esperada de graduación o desinscripción (mm/dd/año)
POR LA PRESENTE CERTIFICO CONCIETEMENTE QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA INDICADA ES CORRECTA Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN SOLICITADA RELACIONADA A ESTA CERTIFICACIÓN.		
Firma del empleado _____		Número telefónico _____
Dirección email _____		Fecha de la firma _____
SECCIÓN C: CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE DISCAPACITADO (A rellenar por el médico)		
1. ¿El dependiente está actualmente imposibilitado para mantenerse por sí mismo debido a alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2. Edad del dependiente al momento de presentarse la discapacidad
3. Naturaleza de la discapacidad (indique lo más detalladamente posible)		
4. Pronóstico (cálculo en meses o años)		
5. Nombre del médico de atención primaria (letra de molde o a máquina)		6. Dirección del médico (letra de molde o a máquina)
POR LA PRESENTE CERTIFICO CONCIETEMENTE QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA INDICADA ES CORRECTA Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN SOLICITADA RELACIONADA A ESTA CERTIFICACIÓN.		
Firma del médico _____		Fecha de la firma _____
SECCIÓN D: DEPENDIENTE YA NO ELEGIBLE (A rellenar por el empleado)		
CONSULTE CON SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI SU DEPENDIENTE NO ELEGIBLE CUMPLE LOS REQUISITOS PARA LA COBERTURA BAJO COBRA.		
RECONOZCO QUE EL DEPENDIENTE ARRIBA INDICADO YA NO ES ELEGIBLE PARA OBTENER BENEFICIOS COMO DEPENDIENTE EN MI CONTRATO DENTAL CON UNITED CONCORDIA.		
Firma del empleado _____		Fecha en que se hace efectiva la ineligibilidad _____
Fecha de la firma _____		Fecha de la firma _____