

Solicitud para COBRA

Información sobre empleado cubierto

Nombre del empleado (nombre, inic. 2do nombre, apellido)	No. de afiliado		
Dirección del empleado	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. de residencia	Nombre del empleador	Tel. del empleador	

Llene lo siguiente para las personas que solicitan la continuación de la cobertura

(Los afiliados tienen que estar cubiertos por un plan)

Primer nombre/APELLIDO	Relación (el/la mismo/misma)	Fecha de nac.(dd/mm/aa)
No. de Seguro Social	Nombre del médico de cabecera	No. de proveedor
Nombre/APELLIDO	Relación (cónyuge)	Fecha de nac.(dd/mm/aa)
No. de Seguro Social	Nombre del médico de cabecera	No. de proveedor
Nombre/APELLIDO	Relación (hijo/hija)	Fecha de nac.(dd/mm/aa)
No. de Seguro Social	Nombre del médico de cabecera	No. de proveedor
Nombre/APELLIDO	Relación (hijo/hija)	Fecha de nac.(dd/mm/aa)
No. de Seguro Social	Nombre del médico de cabecera	No. de proveedor
Nombre/APELLIDO	Relación (hijo/hija)	Fecha de nac.(dd/mm/aa)
No. de Seguro Social	Nombre del médico de cabecera	No. de proveedor

Dirección del dependiente (si es distinta a la del suscriptor)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Por este medio solicito la continuación de cobertura COBRA (comprendo que, según la ley de la Florida, cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presenta una reclamación o una solicitud que contenga cualquier tipo de información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado).

Firma del solicitante

Fecha

Sólo para uso del empleador

Fecha correspondiente

1. Cese del empleo (18 meses)	
2. Reducción de horas laborales (18 meses)	
3. Derecho al Medicare (36 meses)***	
4. Divorcio o separación legal (36 meses)***	
5. Niño dependiente deja de ser dependiente (36 meses)***	
6. Fallecimiento del empleado (36 meses)*** *** Continuación de cobertura sólo para dependientes	

La fecha límite para entregar la Notificación sobre Incapacidad es 60 días después de cualquiera de estos hechos que haya ocurrido más recientemente: 1) la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social sobre incapacidad; 2) la fecha del cese del empleo o de la reducción del horario laboral del empleado cubierto; y 3) la fecha en la que el beneficiario con derecho a la cobertura la hubiera perdido, según las condiciones del Plan, como resultado del cese de su empleo o de la reducción de su horario laboral.

Fecha de vigencia de COBRA

Firma del empleador o administrador

Fecha