INSCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES

Formulario de Cambio

NOMBRE DE LA COMPAÑIA	

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Número de Seguro Social		
Apellido	Nombre	Inicial
Tipo de Cambio: ☐ Adición ☐ Cancelación ☐ Cambio	Fecha en Que Cambio Entrará en Efecto:	

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE A AGREGAR

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social del Dependiente
Domicilio *(En caso de ser diferente a el participante)*			Fecha de Nacimiento
Ciudad	Estado	Código Postal	☐ Hombre ☐ Mujer
Teléfono en Casa #	Teléfono del Trabajo #		☐ Soltero ☐ Casado
Correo Electónico	Ocupación		
Relación con el Participante: ☐ Conyugue ☐ Hijo(a) ☐ Otro			Fecha del Evento
Evento: ☐ Estando Civil ☐ Recién Nacido ☐ Adopción ☐ Otro (Especifique)			

CANCELACIÓN DE COBERTURA

CANCELAR: ☐ Familia Completa ☐ Individuos		Fecha de Cancelación
Apellido	Nombre/Inicial	Número de Seguro Social
Apellido	Nombre/Inicial	Número de Seguro Social
Apellido	Nombre/Inicial	Número de Seguro Social
Apellido	Nombre/Inicial	Número de Seguro Social
Motivo de Cancelación: ☐ Término de Empleo ☐ Reducción de Horas ☐ Cambio de Domicilio/Beneficios ☐ Otro (Especifique)		

Autorizo el otorgamiento de cualquier información incluyendo médica requerida por declaro AXIS y/o agentes para llevar a cabo sus abligaciones bajo los términos del Plan. Declaro que la información aquí proporcionada es cierta y completa a mi saber y entender. Entiendo que cualquier información falsa otorgada intencionalmente podriá invalidar mi cobertura.

_____ _____

Participant Signature
(Firma del Participante)

Date
(Fecha)

_____ _____

Employer Representative Signature
(Firma del Representante del Empleador)

Date
(Fecha)