



## Plan Médico de Mohawk Industries Declaración Jurada de Cambio de Cobertura



Nombre de Empleado \_\_\_\_\_ # de Empleado \_\_\_\_\_ Fecha de QLE \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** (Para iniciar su QLE, debe llamar al BSC al 866-481-4922 dentro de los 31 días después del evento.)

1. Por favor, completa la tabla a continuación
  - a) En la columna A, enumere todos los dependientes que agregarán o eliminarán (*solo cambios*) cobertura (NOTA: incluir nombres en la lista no los agrega / elimina automáticamente de la cobertura. Debe proporcionar la documentación adecuada para seguir adelante con cualquier cambio. **(Cuando se apruebe, los atrasos se aplicarán retroactivamente a la fecha de vigencia del QLE).**)
  - b) En la columna B, indique el tipo de dependiente.
  - c) En la columna C, seleccione la razón para hacer el cambio en la cobertura (consulte la matriz de cambio de cobertura para los códigos de razón 1 a 8).
  - d) En la columna D, enumere los planes de salud que cambiarán (**Médico** Copay o CDHP, **Dental** Standard, Premium o Premium Access y/o **Visión**)
2. Consulte la "Matriz de Cambio de Cobertura" para la documentación requerida para la verificación.
3. Firme este formulario en la parte inferior y envíelo al BSC con documentos de verificación a través de cualquiera de las siguientes maneras:
  - Fax: 1-866-597-2187
  - Correo electrónico: [admin@benefitsservice.center](mailto:admin@benefitsservice.center)
  - Enviar documentos por correo a: BSC, 6655 Town Square, Suite 250, Alpharetta GA, 30005
4. Por favor, espere 24-48 horas para el procesamiento después de recibir su documentación. Recibirá un mensaje de texto con una actualización de estado una vez que se procese su documentación. Para obtener más asistencia, llame al BSC al 866-481-4922.

A	B	C	D
<b>Nombre</b> <i>Por favor escriba claramente</i>	<b>Tipo de dependiente</b> (yo, hijo, cónyuge)	<b>Razón para cambiar</b> (1-8)	<b>Plan(es) de salud que cambiarán</b> (Médico, Dental y/o Visión)

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por lo presente, certifico que la información proporcionada es correcta. Entiendo que cualquier falsificación en la información proporcionada se considerará fraude y / o una falsificación intencional de hechos materiales según lo prohíban los términos del Plan de atención médica de Mohawk Industries.

Razón para abandonar la cobertura	Documentos requeridos para la verificación (presentar uno de estos documentos)	Asignación de tiempo para eventos y documentación
-----------------------------------	---	---

1.	Ganancia del empleado de otra cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración de confirmación de inscripción ó,</li> <li>• Confirmación de elección y pago por otra cobertura ó,</li> <li>• Carta del empleador del cónyuge indicando una nueva elección, incluida la información de contacto del empleador</li> </ul>	31 días
2.	Ganancia del dependiente de otra cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración de confirmación de inscripción ó,</li> <li>• Confirmación de elección y pago por otra cobertura ó,</li> <li>• Carta del empleador indicando una nueva elección, incluida la información de contacto del empleador</li> </ul>	31 días
3.	Divorcio	Decreto de divorcio certificado	Retroactivo a la fecha de divorcio si sucedió dentro del año en curso
4.	Muerte	Acta de defunción certificada	Retroactivo a la fecha de fallecimiento si sucedió dentro del año en curso

Razón para agregar cobertura	Documentos requeridos para la verificación (presentar uno de estos documentos)	Asignación de tiempo para eventos y documentación
5.  Matrimonio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de matrimonio y,</li> <li>• Un documento matrimonial conjunto, fechado en los últimos seis meses (por ejemplo, factura, cuenta bancaria ó de crédito, hipoteca o arrendamiento conjunto)</li> </ul>	31 días
6.  Nacimiento, adopción, tutela legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del certificado de nacimiento del niño que lo nombra como padre ó,</li> <li>• Certificado de nacimiento enmendado nombrándolo como padre del niño ó,</li> <li>• Copia del decreto de adopción ó orden judicial que lo nombra como padre adoptivo ó tutor legal del niño</li> </ul>	31 días
7.  Pérdida de otra cobertura por parte del empleado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviso de cancelación del seguro ó,</li> <li>• Certificado HIPPA de Cobertura Creditable ó,</li> <li>• Aviso de terminación de la cobertura del empleador anterior, indicando una nueva elección, incluida la información de contacto del empleador</li> </ul>	31 días
8.  Pérdida del dependiente de otra cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviso de cancelación del seguro ó,</li> <li>• Certificado HIPPA de Cobertura Creditable ó,</li> <li>• Aviso de terminación de la cobertura del empleador anterior, indicando una nueva elección, incluida la información de contacto del empleador</li> </ul>	31 días

Tenga en cuenta que, si está agregando un dependiente, y su Evento de Vida Calificado es aprobado **los pagos atrasados se aplicaran retroactivos hasta la fecha del Evento de Vida Calificado**. Adicionalmente, recibirá un paquete de Alight dentro de 4-6 semanas después de la fecha de vigencia para proporcionar prueba de elegibilidad del dependiente. Debe completar la elegibilidad para dependientes y devolverla a Alight para que continúe la cobertura de dependientes.