

FORMULARIO DE RENOVACIÓN ELA (LEY 95)

Favor marcar con una X la opción que aplique.

Para poder renovar su cubierta debe devolver esta hoja firmada en o antes del 14 de agosto de 2025.

☐ **SÍ, DESEO RENOVAR MI PLAN DE SALUD MENONITA**

Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial			Agencia o Municipio	Número de Contrato
Efectividad Mes Día Año 09/01/2025 Si somete este formulario entre el 15 de agosto de 2025 al 12 de septiembre de 2025, la fecha de efectividad será 10/1/2025.	Seguro Social *** _** _ Dirección Postal:	Fecha de Nacimiento Mes Día Año / /	Celular: Tel: Correo electrónico:	

Cubierta:

¿Tiene usted otro plan médico? ☐ No ☐ Sí Indique cuál:

¿Plan Mancomunado? ☐ No ☐ Sí

Nombre del Cónyuge o Cohabitante:	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Seguro Social
Agencia o Municipio	# Grupo	Aportación Patronal
Pueblo de Trabajo:		

☐ **SÍ, DESEO RENOVAR MI PLAN DE SALUD MENONITA CON LOS SIGUIENTES CAMBIOS**
(Los cambios indicados serán efectivos al 1 de septiembre de 2025)

☐ Cambiar de producto a:
 ☐ Rubí ☐ Plata ☐ Mandatoria
☐ Con Seguro de Vida

☐ Mantener el mismo plan y añadir la siguiente cubierta: ☐ Seguro de Vida
☐ Mantener el mismo plan y eliminar la siguiente cubierta: ☐ Seguro de Vida

Añadir Dependientes:

Parentesco	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Seguro social	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Sexo
				☐ M ☐ F
				☐ M ☐ F
				☐ M ☐ F
				☐ M ☐ F

Eliminar Dependientes:

Parentesco	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Seguro social	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Sexo
				☐ M ☐ F
				☐ M ☐ F

Parte A y/o B de Medicare: Si usted, su cónyuge o dependiente tiene Medicare incluir la siguiente información:

Usted	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number
Cónyuge	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan de Salud Menonita a obtener o facilitar a mis proveedores o agencias contratadas, la información necesaria para la administración del Plan Médico. Autorizo además, la divulgación de la información médica de ser necesario, según conforme a lo establecido por Ley HIPAA. Entiendo claramente que esta solicitud y los servicios provistos bajo el Plan Médico están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritos en la Guía del Suscriptor. Estoy acuerdo con toda la información incluida en esta solicitud y reconozco aplicarán nuevas primas mensuales para el nuevo contrato efectivo al 1 de septiembre de 2025 de acuerdo al producto y beneficios aquí seleccionados.

 Janelly Marcano Firma del Suscriptor	(6) Fecha (Mes/Día/Año)
Nombre de Productor:	Número de productor: