



BlueCross BlueShield Minnesota

Blue Cross® and Blue Shield® of Minnesota and Blue Plus® are nonprofit independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association

A. FORMULARIO DE CANCELACIÓN PARA EMPLEADOS O DEPENDIENTES DE GRUPO. Complete toda la información en letra imprenta con tinta negra o azul.

Indique el número de **grupo**:

Salud		Salud oftalmológica		Salud dental	
Apellido del empleado	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	N.º de ID del miembro/N.º de Seguro Social	Teléfono particular ()	
Dirección del empleado	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono laboral ()

B. SELECCIÓN: MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES PARA CANCELAR LA COBERTURA

Tipo de cobertura que se cancela:

- Salud Salud oftalmológica Salud dental
 Cancelar toda la cobertura (empleado y dependientes)
 Cancelar toda la cobertura solo para dependientes
 Cancelar la cobertura **solo de los dependientes** que se indican abajo en la sección C

Motivo de cancelación:

- Dejó el empleo Solicitado por el miembro
 Jubilación Fallecimiento
 Reducción de horas de trabajo Período de continuación de grupo agotado (Ley COBRA)
 Contribución del empleador para cobertura terminada Divorcio
 Matrimonio Motivo _____
 Otro

Fecha del evento _____

Nota: Los costos de la cobertura pueden acreditarse hasta **dos** meses retroactivamente desde la fecha en que Blue Cross and Blue Shield of Minnesota recibe la notificación por escrito de la cancelación.

Por ejemplo: se recibe una notificación el 3 de julio de que John Doe dejó el empleo el 04/01/xx. A John se le cancelará la cobertura a partir del 06/01/xx.

X	Mes	Día	Año
Firma del empleado	Fecha de la firma		

C. INDIQUE TODAS LAS PERSONAS QUE CANCELAN LA COBERTURA. COMPLETE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN (use papel adicional, en caso de ser necesario)

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre

Esta información también se encuentra disponible en otros formatos para personas con discapacidades; llame al Servicio de atención al cliente al 1-

800-382-2000 (llamada gratuita).

Para TTY: Llame al 711

El horario de atención es de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes.

Attention: If you want free help translating this information, call the above number.

Atención: Si desea ayuda gratis para traducir esta información, llame al número que aparece arriba.

NOTA: La ley federal y la ley de Minnesota exigen que todos los planes de salud grupal le brinden a los empleados y sus familias la posibilidad de continuar con su cobertura de atención médica cuando ocurra un “evento calificador” que pueda causar la pérdida de la cobertura conforme a lo establecido en el plan del empleador. Según el tipo de evento calificador, los “beneficiarios calificados” pueden incluir el empleado (o empleado jubilado) cubierto conforme el plan de salud grupal, el cónyuge del empleado cubierto y los hijos dependientes del empleado cubierto.

**EL FORMULARIO DE CANCELACIÓN SE
DEBE ENVIAR A:**

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota
P.O. Box 982801
El Paso, TX
79998-2801
Fax: 651-662-7258
Correo electrónico: