

Información del grupo										
Nombre del grupo: Blue Cross Blue Shield of Minnesota						No. de identificación del grupo:				
Información del empleado (Escribir en letra de molde)						No. de identificación de la cuenta de gastos				
Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		S	A			
Dirección						No. de Seguro Social (si desconoce el No. de SA)				
Ciudad		Estado		Código postal		No. de teléfono durante el día				
Información del evento calificador										
Experimenté un cambio de estatus según se indica más adelante. La fecha de vigencia del cambio es: _____ <small>(Usted tiene un tiempo límite para presentar este cambio. Hable con su departamento de beneficios para determinar el período de tiempo).</small>										
El cambio afecta: <input type="checkbox"/> a sí mismo <input type="checkbox"/> a su cónyuge <input type="checkbox"/> a su dependiente										
1. Cambio en el estatus de empleo <input type="checkbox"/> Finalización del empleo <input type="checkbox"/> Inicio del empleo										
2. Cambio en el estado civil <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Viudo										
3. Cambio en el estatus de dependiente <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Fallecimiento										
4. <input type="checkbox"/> Otro: _____										
Debido al Evento calificador indicado anteriormente, estoy solicitando que se cambie mi inscripción en Further para este año del plan. (Los montos de las elecciones no se pueden bajar si su empleado (a sí mismo) está finalizando el empleo)										
Desde:		<input type="checkbox"/> Gasto médico		Elección anual actual		Monto actual de deducción por período de pago				
		<input type="checkbox"/> Gastos de dependientes/cuidado durante el día		\$ _____		\$ _____				
Hasta:		<input type="checkbox"/> Gasto médico		Nueva elección anual		Nuevo monto de deducción por período de pago				
		<input type="checkbox"/> Gasto de dependientes/cuidado durante el día		\$ _____		\$ _____				
Los grupos que presenten información de la nómina de pago en archivo deben actualizar su hoja de cálculo de la nómina de pago en archivo en la forma correspondiente.										
Firma del empleado - No se requiere para despedir empleados (a sí mismo)										
Certifico que ocurrió el cambio de estatus indicado arriba. Autorizo que se cambien o cancelen mis registros de inscripción según lo solicitado.										
Firma del empleado			Escribir en letra de molde				Fecha			
Firma del grupo										
Firma del grupo						Fecha				

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para líderes de grupos al 1-888-460-4013.

Enviar únicamente por correo electrónico protegido:
benefits@bluecrossmn.com

Enviar por fax a:
651-662-2182

Enviar por correo postal a:
P.O. Box 64560
St. Paul, MN 55164
Attn: M430