

## FORMULARIO DE RENOVACIÓN ELA (LEY 95)

Daily Health Insurance  
Joel Narvaez -(787)536-5879

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
<b>Efectividad</b> 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.	<b>Seguro Social</b> *** _**_ ____	<b>Fecha de Nacimiento</b> Mes    Día    Año /       /	Celular: _____ Tel: _____ Correo electrónico: _____	
	Dirección Postal: _____			
	Cubierta:			
	¿Tiene usted otro plan médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    Indique cuál: _____			
¿Plan Mancomunado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Eliminar Dependientes:				
Parentesco	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Seguro social	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Sexo
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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.

_____ Firma del Suscriptor	_____ Fecha (Mes/Día/Año)
Nombre de Productor: Daily Health Insurance Group	Número de productor: #49