

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| Fecha:<br>Date:                               |
| Número de Certificado:<br>Certificate Number: |
| Número de Grupo:<br>Group Number:             |

### Continuación de Cubierta Grupal de Salud (COBRA)

|                                                       |                                             |                                                |                                                |                                     |                                   |                               |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Nombre Asegurado Principal:                           |                                             |                                                |                                                |                                     |                                   |                               |
| Número de Teléfono:                                   |                                             |                                                |                                                |                                     |                                   |                               |
| Dirección Postal:                                     |                                             |                                                |                                                |                                     |                                   |                               |
| Nombre del Solicitante:                               |                                             |                                                |                                                |                                     |                                   |                               |
| Tipo de Solicitante:                                  | <input type="checkbox"/> Empleado Part Time | <input type="checkbox"/> Empleado Full Time    | <input type="checkbox"/> Cónyuge Sobreviviente | <input type="checkbox"/> Ex-cónyuge | <input type="checkbox"/> Hijo Dep | <input type="checkbox"/> Otro |
| Fecha de Nacimiento Asegurado principal:              | Mes/Month / Día/Day / Año/Year              | Fecha en que terminó la cubierta del empleado: | Mes/Month / Día/Day / Año/Year                 |                                     |                                   |                               |
| Fecha en que terminó la cubierta de los dependientes: | Mes/Month / Día/Day / Año/Year              |                                                |                                                |                                     |                                   |                               |

Decisión del Solicitante:

☐ Necesito **TIEMPO ADICIONAL** para tomar una decisión con relación a mi cubierta de salud.

☐ **NO DESEO**, la opción de mantener mi cubierta de salud.

☐ **SI**, deseo continuar con mi cubierta de salud.

#### Información de los asegurados que van a participar de COBRA:

| Tipo de Asegurado | Nombre | Sexo | Número de Certificado | Fecha de Nacimiento |
|-------------------|--------|------|-----------------------|---------------------|
| Empleado          |        |      |                       |                     |
| Cónyuge           |        |      |                       |                     |
| Dependiente       |        |      |                       |                     |
| Dependiente       |        |      |                       |                     |
| Dependiente       |        |      |                       |                     |

#### He sido informado de lo siguiente:

1. El pago de la prima mensual debe realizarse dentro del período de tiempo establecido por el Administrador del Plan de Salud. El no hacerlo conlleva como resultado la terminación de mis derechos de continuación de cubierta.

Firma del Asegurado/solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Autorizado del Patrono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Elección y Forma de Pago:

Si decide continuar su Cubierta de Salud Grupal debe notificarlo al Departamento de Recursos Humanos de su patrón o al Administrador del Plan dentro de sesenta (60) días a partir de: (a) la fecha en que termina su cubierta, (b) la fecha de esta notificación. Es su responsabilidad efectuar mensualmente los pagos de \$\_\_\_\_\_ (cantidad sujeta a cambio), a través de cheque ó money order a nombre de: **Pan American Life Insurance Company of PR.**

El primer pago debe ser entregado junto a esta solicitud a su Departamento de Recursos Humanos o al Administrador de su Plan dentro de los sesenta (60) días del tiempo establecido; de no ser así, podría perder su derecho a continuación de cubierta. Los siguientes pagos deben ser enviados al Administrador del Plan, \_\_\_\_\_; y deben recibirse diez (10) días antes de la expiración de la cubierta. El no efectuar los pagos a tiempo será causa suficiente para la terminación de la cubierta.

Si la selección es hecha un mes después de que la cubierta con la Compañía hubiese terminado, la ley permite que difiera el pago de la prima por el pago mensual del periodo que precede a su selección; sin embargo, este periodo de pago diferido; (1) no puede exceder de 45 días inmediatos siguientes a la fecha de la firma de su selección; y (2) aplica solamente al período de pago precedente al mes en la que la selección fue hecha. De no hacerse el pago completo para este período, dentro del período de 45 días; terminará la continuación de cubierta.

#### Para uso oficial del Departamento de Recursos Humanos:

1. Certifico que el solicitante es elegible para la continuación de sus beneficios a través de su cubierta de salud: ☐ Sí ☐ No

Evento Qualificado: \_\_\_\_\_ (renuncia, despido, muerte del empleado, etc.) Fecha del Evento: \_\_\_\_\_

2. Período de cubierta bajo \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. ☐ 18 Meses ☐ 36 Meses

3. Firma y Posición del Representante Autorizado de la compañía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

4. Fecha de Efectividad: \_\_\_\_\_

Date:

Certificate Number:

Group Number:

**Continuation of Group Health Coverage (COBRA)**

Principal Insured Name:

Telephone Number:

Postal Address:

Applicant's Name:

Type of Applicant:

☐ Part Time Employee    ☐ Full Time Employee    ☐ Surviving Spouse    ☐ Ex-spouse    ☐ Dependent    ☐ Other

Insured Date of Birth:

Month / Day / Year

Date that the employees coverage terminated:

Month / Day / Year

Date that the dependent's coverage terminated:

Month / Day / Year

Applicant's decision:

- ☐ I need more time to make a decision regarding my Health Insurance.  
☐ I DECLINE the option of keeping my Health Insurance Coverage.  
☐ YES, I wish to continue with my health insurance coverage.

**Information of the policyholders that are going to participate in COBRA:**

| Type of Insured | Name | Sex | Certificate Number | Date of Birth |
|-----------------|------|-----|--------------------|---------------|
| Employee        |      |     |                    |               |
| Spouse          |      |     |                    |               |
| Dependent       |      |     |                    |               |
| Dependent       |      |     |                    |               |
| Dependent       |      |     |                    |               |

**I have been informed of the following:**

1. I have to pay monthly the required Premium during the established period by the Health Plan Administrator. Failure to make the monthly payments may result in termination of your coverage benefits and rights.

Signature of the Insured/Applicant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of an Authorized Company Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Election and Form of Payment:**

If you choose to continue with your Group Health Coverage, you must notify your Health Plan Administrator within sixty (60) days of: (a) the date that your coverage ends, or (b) the date of this notice. It will be then the responsibility of the insured or applicant to make monthly payments of \$\_\_\_\_\_ (amount subject to change), by check or money order payable to the Plan Administrator:

You must submit this request along to the first Payment to the Human Resources Department of your employer or the Plan Administrator within sixty (60) days of the qualifying event, otherwise; you may lose your rights to continue coverage. Subsequent payments (Money Orders) should be sent to the plan administrator, \_\_\_\_\_; and must be received ten (10) days before the coverage expiration. Failure to make timely payments will be a reason for the termination of your coverage.

If the election is made a month after the coverage with the company has ended, the law permits deferral of premium payments of the monthly Payment for the period that precede your election, however, if this period is deferred; (1) cannot exceed 45 days immediately following the date for the signature of your election; and (2) applies only to Payment period preceding the month in which the election was effective. If complete payment for this period is not made during the 45 days period, continuation of coverage will terminate.

**For official use of the Employer Human Resources Department:**

1. I certify that the applicant is eligible for continuation coverage benefits: ☐ Yes ☐ No

Qualifying Event: \_\_\_\_\_ (resignation, dismissal, death of the employee, etc.) Event Date: \_\_\_\_\_

2. Coverage Period under COBRA \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_. ☐ 18 Months ☐ 36 Months

3. Signature and position of the Company Authorized Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

4. Effective Date: \_\_\_\_\_