

# HUMANA®

## C.O.B.R.A.

### “Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act”

#### Información para el Suscriptor Elegible

---

---

Estimado Suscriptor:

Al amparo de ley federal “Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act” del 1986, Ley Pública Núm. 99-272 (conocida comúnmente como COBRA), en algunas circunstancias, una persona cubierta que pudiera perder elegibilidad en el plan puede escoger continuación de cubierta temporera según se dispone a continuación.

Si usted ha dejado de ser elegible en el plan grupal por una reducción en las horas de empleo o por terminación del mismo (por razones que no conllevan conducta crasamente impropia de su parte) puede escoger una continuación temporera de la cubierta de salud por un período de diez y ocho (18) meses donde la prima a pagar no excederá del 102% del costo actual del plan.

Si un cónyuge ha estado cubierto (a) como parte de los miembros del plan grupal también y ha dejado de ser elegible por alguna de las siguientes razones, tendrá derecho a escoger continuación de cubierta temporera por un período de treinta y seis (36) meses donde la prima a pagar no excederá del 102% del costo actual del plan:

1. Muerte del asegurado principal del plan.
2. Divorcio o separación legal del asegurado principal del plan.

Si un hijo (a) dependiente en el plan grupal ha dejado de ser elegible por alguna de las siguientes razones, tendrá derecho a escoger continuación de cubierta por un período de treinta y seis (36) meses donde la prima a pagar no excederá del 102% del costo actual del plan:

1. Muerte del padre asegurado del plan.
2. El divorcio o separación legal del padre asegurado del plan.
3. El dependiente deja de ser un hijo “dependiente” de acuerdo a los términos del plan.

Usted, como persona elegible para beneficios de COBRA tiene derecho a recibir una notificación de elegibilidad y elección de parte del patrono. Tan pronto sea notificado de que es elegible, tendrá sesenta (60) días para decidir si continúa acogido (a) al plan.

Si usted, como persona cubierta bajo COBRA, se incapacita dentro de los primeros sesenta (60) días de acogerse a la cubierta y su incapacidad es certificada por el Seguro Social antes de la expiración de los 18 meses de COBRA, entonces tendrá derecho a una extensión de once (11) meses bajo COBRA. El periodo de la extensión está sujeto a un aumento en el pago de prima de 48% del costo total de la cubierta del plan. Usted tendrá un máximo de sesenta (60) días a partir de la notificación del Seguro Social para notificarle al administrador del plan su incapacidad.

Le estamos incluyendo las formas correspondientes y la solicitud COBRA.

Antes de entregar su solicitud:

- Marque la opción que se ajuste a su interés de continuidad de cubierta, con relación a usted y sus dependientes.
- Recuerde que la cubierta que tendrá bajo COBRA será la misma opción de plan médico que ha tenido hasta ahora.
- Asegúrese de haber recibido la información con relación a la prima que estará pagando por su plan, método de pago y fechas de pago. (Si el plan COBRA es administrado por Humana, debe acompañar el pago del primer mes con su solicitud).
- Si usted es el cónyuge de una persona que ha estado cubierto por un plan médico grupal, le aplican las mismas reglas que a su cónyuge, excepto en el periodo de cubierta. Deberá completar los formularios correspondientes.
- Una vez haya completado el formulario COBRA con su elección, deberá enviar el mismo vía fax al 1-888-899- 9730, ó a la siguiente dirección:

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.  
Att: Departamento de Matrícula  
383 Ave. FD Roosevelt  
San Juan, PR 00918-2131

- De usted necesitar ayuda adicional, por favor, comuníquese al xxxxxxxxxxxx.

# HUMANA®

## FORMULARIO DE ELECCION DE EXTENSION DE CUBIERTA BAJO LA LEY COBRA

**INSTRUCCIONES:** Favor de marcar la opción correspondiente a su elección y proveer la información solicitada en este formulario. Antes de completar el mismo asegúrese de haber recibido y leído la información con relación a sus derechos de continuación de cubierta bajo La Ley COBRA, a las primas, método de pago, y fechas de pago.

<b>Nombre del Asegurado COBRA</b>		<b># de Contrato</b>	
<b>Nombre del grupo</b>		<b># de Grupo</b>	
<b>Teléfono</b>		<b>Celular</b>	
<b>Dirección Postal</b>			
<b>Dirección Residencial</b>			

- SI** deseo la extensión de cubierta médico-hospitalaria bajo La Ley COBRA, con Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. o Humana Health Plans of PR, Inc. (favor de completar la información de la parte A y B)
- NO** deseo la extensión de cubierta médico-hospitalaria bajo La Ley COBRA, con Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. o Humana Health Plans of PR, Inc. y entiendo que al rechazar la extensión de cubierta médico-hospitalaria mi cubierta actual terminará a la fecha en que ocurrió el evento que me hace elegible a Ley COBRA.

### Parte A Solicito esta extensión para:

- Mi persona solamente       Mis dependientes elegibles       Para mi persona y mis dependientes elegibles

Nombre de Dependientes particulares: \_\_\_\_\_;

### PARTE B

Favor de marcar según aplique e indique la fecha del evento.

<input checked="" type="checkbox"/>		Fecha:	Término de tiempo
	Renuncia		
	Cesantía de Empleo por cualquier motivo (que no sea por conducta impropia crasa)		
	Reducción de horario de trabajo		
	Muerte del empleado		
	Divorcio o separación legal entre el empleado y su cónyuge		
	Terminación de cubierta de un hijo que cese de ser un dependiente elegible bajo la póliza.		
	Dependiente de empleado elegible a Medicare y / o empleado retirado		

Acuerdo realizar el pago mensual por \$ \_\_\_\_\_ para continuar con la cubierta. Entiendo que para mantener esta extensión activa, debo pagar el total de las primas y en los plazos y fechas convenidas. De no cumplir con estos requisitos, reconozco que Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. o Humana Health Plans of PR, Inc. dará por terminada la extensión sin previa autorización.

Firma del Administrador / Asegurado	Fecha:
-------------------------------------	--------