

Formulario para “Agregar” o “Eliminar” Dependientes

VERSION: Hanover OE 11/7/25

Si desea agregar o eliminar un dependiente bajo su cobertura, debe completar este formulario y devolverlo a la Oficina del Fondo para ser recibido **28 de noviembre 2025**. Los dependientes que usted elija eliminar de su cobertura perderán todos los beneficios del Fondo. **NOTA: Su próxima oportunidad de realizar cambios para dependientes cubiertos bajo sus beneficios será durante el próximo período de inscripción abierta, a menos que experimente un Evento de vida calificativo,¹ el cual debe notificar a la Oficina del Fondo dentro de los 30 días posteriores.**

Agregar a los siguientes dependientes a mi cobertura

1	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describa</i>):		
2	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describa</i>):		
3	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describa</i>):		

Eliminar a los siguientes dependientes de mi cobertura

1	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describa</i>):		
2	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describa</i>):		
3	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describa</i>):		

Entiendo que:

- Si renuncio a la cobertura de dependientes, el Fondo no proporcionará ninguna cobertura primaria, secundaria ni de otro tipo para —o en lugar de— la cobertura a la que renuncio;
- Si agrego un dependiente, debo proporcionar a la Oficina del Fondo una copia del certificado de matrimonio del cónyuge o el certificado de nacimiento del hijo; y
- Mi dependiente no se agregará a mi cobertura a menos —y hasta— que proporcione la documentación correspondiente y otra información requerida.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Nombre del participante: _____ Últimos 4 dígitos del SS: _____

(Nombre en letra de imprenta)

¹ Un evento de vida calificado se define como:

- Un cambio en su estado civil (matrimonio, divorcio o muerte de un cónyuge)
- Un cambio en la cantidad de sus dependientes (nacimiento, adopción o colocación para adopción, o fallecimiento de un dependiente)
- Un cambio en el estatus de elegibilidad de su dependiente debido a la edad
- Un cambio en el estatus de empleo, lugar de trabajo u horario de trabajo de un empleado o dependiente que resulta en la obtención o pérdida de elegibilidad para cobertura de salud (incluido un cambio entre empleo de tiempo completo y tiempo parcial)

Agregar a los siguientes dependientes a mi cobertura

4	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
5	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
6	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
7	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
8	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
9	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
10	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		

Eliminar a los siguientes dependientes de mi cobertura

4	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
5	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
6	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
7	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
8	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
9	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		
10	Nombre completo:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro (<i>Describe</i>):		