

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE DISCAPACITADO

(Para determinar la elegibilidad para la cobertura de hijos dependientes mayores de 26 años)

Envíe los formularios completos al siguiente correo electrónico:

[LARGE GROUP ENROLLMENT@sentara.com](mailto:LARGE_GROUP_ENROLLMENT@sentara.com)

SECCIÓN A: INFORMACIÓN GENERAL <i>(Deberá completarla el EMPLEADO)</i>		
1. Nombre del empleador	2. Número del grupo	
3. Nombre del titular de la póliza/empleado (primer nombre y apellido)	4. Número de ID	
5. Domicilio		
6. Nombre del dependiente (primer nombre y apellido)	7. Fecha de nacimiento del dependiente	
8. Relación del dependiente con el titular de la póliza		
9. ¿Este dependiente estaba cubierto por su plan de seguro anterior? En caso afirmativo, ¿desde qué fecha?		
10. ¿Este dependiente figura en su declaración de impuestos?		
POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN REQUERIDA.		
11. Firma del empleado	12. Fecha	13. Número de teléfono del empleado
SECCIÓN B: CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE DISCAPACITADO <i>(Para ser completado por el MÉDICO DEL DEPENDIENTE)</i>		
14. ¿El dependiente no es capaz de valerse por sí mismo debido a una discapacidad?	15. Edad del dependiente cuando inició la discapacidad	
16. Diagnóstico principal		
17. Naturaleza de la discapacidad (proporcione tantos detalles como sea posible). Adjunte documentos adicionales si es necesario.		

18. Firma del médico	19. Fecha	20. Número de teléfono del médico
21. Nombre y domicilio del médico en letra de imprenta		