

**Solicitud para Elegir Cobertura de la Visión bajo COBRA**  
**(Request to Elect Vision COBRA)**



**SECCIÓN PARA EL EMPLEADOR**

Bajo la Ley Federal *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985* (COBRA), los Administradores del Plan (el empleador) son responsables de administrar la continuación de la cobertura bajo COBRA. Usted tendrá que utilizar este formulario para informarnos si desea continuar la cobertura grupal de la visión en favor de la persona que califique. Por favor, llene la sección para el empleador de este formulario y pida que la persona que califique llene el dorso y remita el formulario debidamente llenado a Sun Life Administrative Office P.O. Box 981624 El Paso, Texas 79998-1624.

Este formulario no constituye una Notificación de los Derechos de Continuación bajo COBRA. Si tiene alguna pregunta sobre sus obligaciones bajo COBRA, por favor consulte a su abogado.

Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Núm. de póliza \_\_\_\_\_ Núm. de participación \_\_\_\_\_ Núm. de cuenta \_\_\_\_\_ Núm. de certif. \_\_\_\_\_

Nombre del empleado \_\_\_\_\_

Fecha de terminación de la cobertura \_\_\_\_\_ Fecha en que el empleador fue notificado del evento calificativo \_\_\_\_\_

Fecha en que la persona que califica fue notificada de sus derechos bajo COBRA \_\_\_\_\_

**Eventos Calificativos** (*Por favor, marque la casilla que corresponda.*)

- Terminación de la relación laboral por concepto de: terminación voluntaria, licencia desaprobada para ausentarse, despido involuntario o despido por motivos ajenos a conducta malintencionada: 18 meses
- La jornada de trabajo del empleado fue reducida: 18 meses
- Muerte del empleado cubierto: 36 meses
- Divorcio o separación legal entre el empleado cubierto y su cónyuge: 36 meses
- El hijo dependiente cubierto ha dejado de calificar como dependiente de conformidad con las estipulaciones del plan de la visión proporcionado por el empleador: 36 meses
- El acontecimiento de un segundo evento calificativo. Explique. \_\_\_\_\_
- Extensión del período de 18 meses para la continuación de la cobertura bajo COBRA hasta un máximo de 29 meses, en caso de una incapacidad. (*La certificación de los derechos tendrá que ser remitida como prueba de la incapacidad.*)

Los beneficios acordados bajo COBRA terminarán si las primas no son pagadas puntualmente o si se obtuvieran otras coberturas grupales de la visión.

Firma del empleador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Los productos de seguros son suscritos por Union Security Insurance Company (Kansas City, MO) y administrados por Sun Life Assurance Company of Canada (Wellesley Hills, MA).

© 2016 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life Financial y el símbolo del globo son marcas comerciales registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en [www.sunlife.com/us](http://www.sunlife.com/us)

**SECCIÓN PARA LA PERSONA QUE CALIFICA**

Bajo la *Ley Federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985 (COBRA)*, los empleados y/o sus dependientes podrían tener derecho a la continuación de la cobertura más haya de la fecha en que la misma hubiera terminado. Usted debería comunicarse con su empleador en lo concerniente a su derecho de continuar la cobertura grupal de la visión bajo el plan del empleador. Si usted calificara para continuar su cobertura grupal para la visión y deseara continuarla, pagando la prima correspondiente, por favor, llene este formulario y entrégueselo al empleador. Este formulario también tendrá que ser llenado y entregado a su empleador si la continuación de la cobertura no fuera elegida.

Si usted o sus dependientes obtuvieran o se encontraran cubiertos bajo otro plan grupal para la visión (que no excluya o limite la cobertura por concepto de condiciones preexistentes) después de la fecha de la elección de la continuación de la cobertura, entonces la continuación de la cobertura bajo COBRA terminará en la fecha de efectividad del otro plan grupal para la visión.

*Favor de escribir con letra de molde.*

Nombre del grupo		Núm. de póliza	
Núm. de participación	Núm. de cuenta		Núm. de certificado
Nombre del empleado			
Domicilio del empleado—Calle		Ciudad	Estado
			Código postal

Anote a todas las personas que califiquen para la continuación de la cobertura y marque las coberturas que desea continuar. *(Cualquier persona que califique que no aparezca en esta lista no podrá continuar la cobertura.)* Las únicas coberturas que podrán ser continuadas son las que hayan estado vigentes inmediatamente antes de la fecha de terminación de la cobertura. Agregue hojas adicionales si necesita más espacio, y firme al calce en dichas hojas.

Personas que califican	Núm. Seg. Soc.	Fecha de nac.	Visión
Nombre del empleado			<input type="checkbox"/>
Nombre del cónyuge			<input type="checkbox"/>
Nombre del dependiente			<input type="checkbox"/>
Nombre del dependiente			<input type="checkbox"/>

¿Se encuentran usted o sus dependientes cubiertos bajo algún otro plan grupal para la visión?  Sí  No

Si responde "sí" nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad \_\_\_\_\_

<b>¡IMPORTANTE! FAVOR DE FIRMAR</b>
-------------------------------------

Elijo continuar la cobertura de la visión indicada para las precitadas personas. Entiendo que tendré que pagar todas las primas en o antes de su fecha de vencimiento para asegurar y mantener la continuación de la cobertura.

Además me comprometo a notificar al empleador si yo o alguno de mis dependientes obtuviera otra cobertura grupal para la visión.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Renuncio a mi derecho de continuar toda cobertura para la visión para mí y/o mis dependientes que califican. NO deseo la continuación de la cobertura.

Si la continuación de toda cobertura es rechazada para el empleado y/o sus dependientes, el empleado y cada dependiente adulto (18 años de edad o mayor) TENDRÁN que firmar este formulario.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

#### **NOTICE**

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

#### **ADVERTENCIA**

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.