

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTES

Nombre del suscriptor: _____

Número de identificación del Tufts Health Plan del suscriptor: _____ - _____ - _____

Certifico que: _____ / _____ / _____
(Nombre del dependiente) (Fecha de nacimiento)

(Marque uno)

Es actualmente ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO

En: _____ (Nombre de la institución académica acreditada)
_____ (Dirección de la institución)
_____ (Ciudad, estado y código postal de la institución)
_____ (Número de teléfono del Secretario de Admisiones)
Fecha prevista de graduación de la universidad: _____ / _____

No es estudiante de tiempo completo

Si no es estudiante de tiempo completo, sírvase contestar la pregunta a continuación de modo que Tufts Health Plan pueda determinar la fecha de finalización de cobertura correspondiente según lo estipula la Ley Estatal de Massachusetts.

¿Cuál fue el último año calendario en que la persona antes mencionada calificó como dependiente según lo define el Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS)? _____ (si se gradúa este año, conteste la pregunta del IRS a continuación)

Certifico además que la información que he proporcionado más arriba es fiel y correcta, y entiendo que:

- **Tufts Health Plan puede ponerse en contacto con la institución académica y tomar otras medidas que considere necesarias para verificar que la información que he proporcionado es exacta.**
- **Si existe alguna declaración engañosa en la información que he proporcionado, Tufts Health Plan puede cancelar la cobertura de mi dependiente así como la de mi familia entera, y también puede intentar obtener cualquier otra reparación judicial a su disposición.**

Firma del suscriptor: _____ Fecha: _____
(Debe ser la firma del empleado)

Por favor envíe este formulario completado y firmado a:
Tufts Health Plan
Commercial Enrollment and Premium Billing Department
P.O. Box 9186, Watertown, MA 02471-9186
Fax: 617-923-5898

A partir del 1 de enero de 2007, la Ley Estatal de Massachusetts exige que las pólizas familiares (de Planes Totalmente Asegurados) incluyan cobertura de hijos hasta los 25 años (inclusive) o durante dos años después de que el hijo pierda su condición de dependiente conforme al Código de Impuestos Internos, lo que ocurra primero.

Tufts Health Plan exige que los miembros con edad de dependientes certifiquen su condición de dependientes, basándose en las pautas establecidas por el Servicio de Impuestos Internos (IRS), con el fin de determinar las fechas adecuadas de cobertura.

Dado que la condición de dependiente puede cambiar, Tufts Health Plan continuará pidiendo la certificación de condición de dependiente anualmente hasta que se cumpla la fecha de finalización de cobertura.