

BZI se compromete a garantizar que nuestro programa de beneficios siga siendo sostenible y equitativo al mantener pautas claras con respecto a la elegibilidad de los dependientes y garantizar que solo los dependientes calificados estén inscritos en nuestro plan grupal.

Revise la siguiente lista para asegurarse de haber inscrito solo a los dependientes elegibles en su plan.

¿Quién es un dependiente calificado? (puede estar inscrito en su seguro)

Un dependiente es una persona que es elegible para ser agregada a la cobertura de seguro de salud de un titular de póliza. Es posible que se le pida que proporcione documentación de respaldo.

Un dependiente puede ser;

- Esposo
- Pareja de hecho (debe presentar una declaración jurada)
- Hijos, biológicos, adoptados, parejas de hecho, hijos e hijastros.
- Otros dependientes en circunstancias especiales que requieran documentación.
 - Nieto, hijo de acogida, hermanos para los que un juez le ha otorgado la tutela legal.
 - Hijo adulto (mayor de 26 años) con discapacidad

¿Quién no es un dependiente calificado? (no puede estar inscrito en su seguro)

- Hermanos que no estén bajo tutela legal, independientemente de su estado de dependencia fiscal.
- Abuelos
- Padres
- Compañeros
- Novia/Novio con quien no vive como pareja doméstica
- Cónyuge o ex cónyuge legalmente separado, independientemente de la declaración de continuación del seguro en la sentencia de divorcio.
- Personas que ya están inscritas en un seguro de BZI con cobertura para sí mismas como empleados de BZI o como dependientes de otro empleado de BZI.

DERECHO A VERIFICAR EL ESTADO DE ELEGIBILIDAD DE UN DEPENDIENTE: El Plan se reserva el derecho de verificar el estado de un dependiente en cualquier momento durante el año.

IMPORTANTE: Es su responsabilidad notificar al Departamento de Recursos Humanos de BZI dentro de los 60 días si su dependiente ya no cumple con los criterios enumerados en esta sección. Si, en cualquier momento, el dependiente no cumple con los requisitos de un dependiente, el Plan tiene derecho a ser reembolsado por el dependiente o empleado por cualquier reclamo médico pagado por el plan durante el período en que el dependiente no calificó para la cobertura.

Por la presente, confirmo que he revisado minuciosamente los criterios para dependientes calificados y he examinado la lista de personas cubiertas por mi plan de seguro. Afirmo que no hay dependientes no elegibles en mi plan.

Firma del empleado

Fecha