Basic Health™

Formulario para Cónyuge fuera del país

Nombre del suscriptor_____

ID de Basic Health _____

❑ Mi cónyuge no vive en los Estados Unidos.

Entiendo que si mi cónyuge se muda alestado de Washington para vivir conmigo, debo notificar a Basic Health en el término de 30 días. Al firmar este formulario, autorizo a Basic Health a verificar esta información en otras agencias estatales o federales.

Entiendo que si presento información falsa:

- Mi familia y yo podemos perder nuestra cobertura y
- Podría ser financieramente responsable del pago de primas adicionales y
- Podría tener la obligación de pagar por los servicios que recibimos mi familia y yo mientras estábamos inscritos con información falsa y
- Podría tener que enfrentar otras sanciones y procesos judiciales.

Mi firma abajo significa que la declaración anterior es cierta.

_____ _____

Firma Fecha