



Mohawk Industries Health Care Plan Change in Coverage Affidavit



Employee Name _____ Employee # _____ QLE Date _____

Instructions:

1. Please fill in the table below
 - a) In Column A, below, list all dependents that will be **adding** or **dropping** (*changes only*) coverage (NOTE: adding names to the list does not automatically add/drop them from coverage. You must provide proper documentation in order to move forward with any changes. **Upon approval, arrears will apply retro effective to the date of the QLE.**)
 - b) In Column B, indicate the dependent type.
 - c) In Column C, select the reason for the change in coverage (Refer to Change in Coverage matrix for reason codes 1 – 8).
 - d) In Column D, list the health plan(s) that will be changing (Medical, Dental and/or Vision)
2. Refer to the “Change in Coverage Matrix” for documentation required for verification.
3. Sign this form at the bottom and send it to the BSC with verifying documents any of the following ways:
 - Toll Free Fax: 1-866-597-2187
 - Secure Email: admin@benefitsservice.center
 - Mail documents to: BSC, 6655 Town Square, Suite 250, Alpharetta GA, 30005

Please print clearly

A	B	C	D
Full Name	Dependent Type (self, child, spouse)	Reason for Changing (1-8)	Health plan(s) that will be changing (Medical, Dental and/or Vision)

Employee signature _____ Date _____

I hereby certify that the information provided is correct. I understand that any misrepresentation in the information provided will be considered fraud and/or an intentional misrepresentation of material fact as prohibited by the terms of the Mohawk Industries Health Care Plan.

Mohawk Industries Health Care Plan Change in Coverage Matrix

Reason for Dropping Coverage	Documents Required for Verification (submit one of these documents)	Time Allowance for Event & Documentation
1. Employee gain of other coverage	<ul style="list-style-type: none"> • Enrollment confirmation statement or, • Confirmation of election and payment for other coverage or, • Letter from spouse's employer indicating new election, including employer contact information 	31 days
2. Dependent gain of other coverage	<ul style="list-style-type: none"> • Enrollment confirmation statement or, • Confirmation of election and payment for other coverage or, • Letter from employer indicating new election, including employer contact information 	31 days
3. Divorce	Certified divorce decree	Retro back to the date of divorce if within the current year
4. Death	Certified death certificate	Retro back to the date of death if within the current year

Reason for Adding Coverage	Documents Required for Verification (submit one of these documents)	Time Allowance for Event & Documentation
5. Marriage	<ul style="list-style-type: none"> • Marriage certificate and, • One joint marital document dated within the past six months (ex. Joint bill, joint bank/credit account, joint mortgage or lease) 	31 days
6. Birth, Adoption, Legal Guardianship	<ul style="list-style-type: none"> • Copy of child’s birth certificate naming you as the parent or, • Amended birth certificate naming you as the child’s parent or, • Copy of adoption decree or court order naming you as the child’s adoptive parent or legal guardian 	31 days
7. Employee loss of other coverage	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance cancellation notice or, • HIPPA Certificate of Creditable Coverage or, • Coverage termination notice from previous employer indicating new election, including employer contact information 	31 days
8. Dependent loss of other coverage	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance cancellation notice or, • HIPPA Certificate of Creditable Coverage or, • Coverage termination notice from previous employer indicating new election, including employer contact information 	31 days

Please note, if you are adding a dependent and the change is approved, premium **arrears will apply retro effective to the date of the Qualifying Life Event**. Additionally, you will receive a packet from Alight within 4-6 weeks after the effective date to provide proof of dependent eligibility. You must submit the necessary documentation to Alight for dependent coverage to continue.



Plan Médico de Mohawk Industries Declaración Jurada de Cambio de Cobertura



Nombre de Empleado _____ # de Empleado _____ Fecha de QLE _____

Instrucciones:

1. Por favor, completa la tabla a continuación
 - a) En la columna A, enumere todos los dependientes que agregarán o eliminarán (*solo cambios*) cobertura (NOTA: incluir nombres en la lista no los agrega / elimina automáticamente de la cobertura. Debe proporcionar la documentación adecuada para seguir adelante con cualquier cambio. **Una vez aprobados, los pagos atrasados se aplicarán retroactivamente a la fecha del Evento de Vida Calificado**).
 - b) En la columna B, indique el tipo de dependiente.
 - c) En la columna C, seleccione la razón para hacer el cambio en la cobertura (consulte la matriz de cambio de cobertura para los códigos de razón 1 a 8).
 - d) En la columna D, enumere los planes de salud que cambiarán (médico, dental y/o visión)
2. Consulte la "Matriz de Cambio de Cobertura" para la documentación requerida para la verificación.
3. Firme este formulario en la parte inferior y envíelo al BSC con documentos de verificación a través de cualquiera de las siguientes maneras:
 - Fax: 1-866-597-2187
 - Correo electrónico seguro: admin@benefitsservice.center
 - Enviar documentos por correo a: BSC, 6655 Town Square, Suite 250, Alpharetta GA, 30005

Por favor escribe claramente

A	B	C	D
Nombre	Tipo de dependiente (yo, hijo, cónyuge)	Razón para cambiar (1-8)	Plan(es) de salud que cambiarán (Médico, Dental y/o Visión)

Firma del empleado _____ Fecha _____

Por lo presente, certifico que la información proporcionada es correcta. Entiendo que cualquier falsificación en la información proporcionada se considerará fraude y / o una falsificación intencional de hechos materiales según lo prohíban los términos del Plan de atención médica de Mohawk Industries.

Razón para abandonar la cobertura	Documentos requeridos para la verificación (presentar uno de estos documentos)	Asignación de tiempo para eventos y documentación
-----------------------------------	---	---

1.	Ganancia del empleado de otra cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de confirmación de inscripción ó, • Confirmación de elección y pago por otra cobertura ó, • Carta del empleador del cónyuge indicando una nueva elección, incluida la información de contacto del empleador 	31 días
2.	Ganancia del dependiente de otra cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de confirmación de inscripción ó, • Confirmación de elección y pago por otra cobertura ó, • Carta del empleador indicando una nueva elección, incluida la información de contacto del empleador 	31 días
3.	Divorcio	Decreto de divorcio certificado	Retroactivo a la fecha de divorcio si sucedió dentro del año en curso
4.	Muerte	Acta de defunción certificada	Retroactivo a la fecha de fallecimiento si sucedió dentro del año en curso

Razón para agregar cobertura	Documentos requeridos para la verificación (presentar uno de estos documentos)	Asignación de tiempo para eventos y documentación
5. Matrimonio	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de matrimonio y, • Un documento matrimonial conjunto, fechado en los últimos seis meses (por ejemplo, factura, cuenta bancaria ó de crédito, hipoteca o arrendamiento conjunto) 	31 días
6. Nacimiento, adopción, tutela legal	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del certificado de nacimiento del niño que lo nombra como padre ó, • Certificado de nacimiento enmendado nombrándolo como padre del niño ó, • Copia del decreto de adopción ó orden judicial que lo nombra como padre adoptivo ó tutor legal del niño 	31 días
7. Pérdida de otra cobertura por parte del empleado	<ul style="list-style-type: none"> • Aviso de cancelación del seguro ó, • Certificado HIPPA de Cobertura Creditable ó, • Aviso de terminación de la cobertura del empleador anterior, indicando una nueva elección, incluida la información de contacto del empleador 	31 días
8. Pérdida del dependiente de otra cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • Aviso de cancelación del seguro ó, • Certificado HIPPA de Cobertura Creditable ó, • Aviso de terminación de la cobertura del empleador anterior, indicando una nueva elección, incluida la información de contacto del empleador 	31 días

Tenga en cuenta que, si está agregando un dependiente, y su Evento de Vida Calificado es aprobado **los pagos atrasados se aplicaran retroactivos hasta la fecha del Evento de Vida Calificado**. Adicionalmente, recibirá un paquete de Alight dentro de 4-6 semanas después de la fecha de vigencia para proporcionar prueba de elegibilidad del dependiente. Debe completar la elegibilidad para dependientes y devolverla a Alight para que continúe la cobertura de dependientes.