

Covered California para Pequeñas Empresas

Formulario de solicitud de cambio para los empleados



PARA
**PEQUEÑAS
EMPRESAS**

Marque aquí si los cambios entrarán en vigencia con la renovación.

Envíe el formulario completo por fax al (949) 809-3264 o por correo a Covered California a P.O. Box 7010, Newport Beach, CA 92658 Para obtener ayuda, llame al (877) 453-9198

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre y dirección del empleador

Número de teléfono del empleador
() -

N.º de ID de Estuche Covered California para Pequeñas Empresas (CCSB)

MOTIVO DEL CAMBIO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

FECHA DE EFECTIVIDAD
DD/MM/AAAA

| MOTIVO DEL CAMBIO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) | FECHA DE EFECTIVIDAD DD/MM/AAAA |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA COLECTIVA | CAMBIO SERÁ EFECTIVA EN RENOVACIÓN |
| <input type="checkbox"/> NUEVA CONTRATACIÓN <small>INDIQUE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA</small> | |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE EMPLEO DE MEDIO TIEMPO A TIEMPO COMPLETO <small>INDIQUE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA</small> | |
| <input type="checkbox"/> PÉRDIDA U OBTENCIÓN DE OTRA COBERTURA <small>INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO, Y PROPORCIONE LA CARTA DEL OPERADOR O EMPLEADOR</small> | |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE NOMBRE/CAMBIO DE DIRECCIÓN <small>INDICAR LA FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO</small> | |
| <input type="checkbox"/> ADICIÓN DE MATRIMONIO O PAREJA <small>INDICAR FECHA DE MATRIMONIO O DECLARACIÓN PAREJA</small> | |
| <input type="checkbox"/> NACIMIENTO, ADOPCIÓN U ORDEN DE APOYO MÉDICO CALIFICADO (QMSCO) DE NIÑO DEPENDIENTE <small>INDICAR FECHA DE NACIMIENTO, ADOPCIÓN U ORDEN DE APOYO MÉDICO INFANTIL CALIFICADO (QUALIFIED MEDICAL SUPPORT CHILD ORDER, QMSCO)</small> | NFANTIL |
| <input type="checkbox"/> OTRO (DESCRIBIR) | |

PROPORCIONE LOS DETALLES DE SU/S CAMBIO/S EN LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES A CONTINUACIÓN.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Número de Seguro Social o número de ID fiscal

Sexo

EMPLEADO NUEVO Complete la información a continuación. **EMPLEADO EXISTENTE** Complete solo la información que ha cambiado.

| | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|--|
| 3. Dirección de CASA | | | 4. Número de departamento o suite | |
| 5. Ciudad | 6. Estado | 7. Código postal | 8. País | |
| 9. Dirección POSTAL | | | 10. Número de departamento o suite | |
| 11. Ciudad | 12. Estado | 13. Código postal | 14. País | |
| 15. Dirección de correo electrónico (OPCIONAL) | 16. Número de teléfono <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo () - | 17. Otro número de teléfono <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo () - | | |
| 18. ¿Cuál es el método preferido de comunicación? <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono | | | | |
| <input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI CAMBIA O CORRIGE EL NOMBRE | | 19. Nuevo nombre | | |
| | | 20. Nuevo apellido | | |

? ¿NECESITA AYUDA CON SU FORMULARIO? Comuníquese con su empleador o el Agente Autorizado de Covered California si tiene preguntas, visite CoveredCA.com o llámenos al (877) 453-9198. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (877) 453-9198.

continúa en la siguiente página ➡

| | | |
|---------------------|----------------------|---------------------------|
| Nombre del empleado | Nombre del empleador | N.º de ID de Estuche CCSB |
|---------------------|----------------------|---------------------------|

COMPLETE THIS SECTION TO CANCEL COVERAGE, ADD DEPENDENTS OR CHANGE PLANS

¡IMPORTANTE! Los cambios de plan solo se permiten con la renovación. No obstante, los empleados que experimenten un evento que califica (p. ej., adquieren un dependiente nuevo) pueden cambiar su cobertura fuera del período de renovación.

- **Las CANCELACIONES** de cobertura entrarán en vigencia el **ÚLTIMO DÍA** del mes **LUEGO DE QUE COVERED CALIFORNIA HAYA RECIBIDO** su solicitud. Las cancelaciones durante la renovación entrarán en vigencia en la fecha de renovación del grupo.
- **ADICIONES (EVENTO QUE CALIFICA)** Consulte con su empleador para conocer las pautas de fechas de entrada en vigencia con base en el evento que califica.
- **ADICIONES (DURANTE LA RENOVACIÓN):** La cobertura entrará en vigencia durante la fecha de renovación del grupo.

Covered California debe recibir este formulario **ANTES DE LOS 60 DÍAS** luego de que ocurre el evento si se encuentra fuera de la renovación.

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|---|
| EMPLEADO | APELLIDO | | NOMBRE | | INICIAL DEL 2º NOMBRE | NSS/N.º DE ID FISCAL | SEXO |
| | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA | | NOMBRE DEL PLAN DE SALUD SELECCIONADO | | | | |
| <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CAMBIAR <input type="checkbox"/> CANCELAR | | NOMBRE DEL PLAN DENTAL SELECCIONADO (OPCIONAL) | | | | |  Ve a la siguiente página para conocer los planes de salud SHOP y planes dentales disponibles para elegir. |
| MOTIVO | | | | | | ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------|--------------------------------|--|--|--------------------------|------|
| CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO | APELLIDO | | NOMBRE | | INICIAL DEL 2º NOMBRE | NSS/N.º DE ID FISCAL | SEXO |
| | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA | | ¿ES USTED UNA PAREJA DE HECHO? | SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿SU CONVIVENCIA ESTÁ REGISTRADA EN EL ESTADO DE CALIFORNIA? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PLAN DENTAL SELECCIONADO | |
| <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CAMBIAR <input type="checkbox"/> CANCELAR | | MOTIVO | | | | ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------|---|---|--------------------------|-------------------------|------|
| MENOR | APELLIDO | | NOMBRE | | INICIAL DEL 2º NOMBRE | NSS/N.º DE ID FISCAL | SEXO |
| | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA | | ¿EL HIJO ES AMBOS DISCAPACITADO Y TIENE 26 AÑOS O MÁS? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PLAN DENTAL SELECCIONADO | | |
| <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CAMBIAR <input type="checkbox"/> CANCELAR | | MOTIVO | | | | ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA | |

| | | | | |
|---|-------|--------|--------|---------------|
| DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE QUE LA DEL EMPLEADO) | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|---|-------|--------|--------|---------------|

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------|---|---|--------------------------|-------------------------|------|
| MENOR | APELLIDO | | NOMBRE | | INICIAL DEL 2º NOMBRE | NSS/N.º DE ID FISCAL | SEXO |
| | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA | | ¿EL HIJO ES AMBOS DISCAPACITADO Y TIENE 26 AÑOS O MÁS? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PLAN DENTAL SELECCIONADO | | |
| <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CAMBIAR <input type="checkbox"/> CANCELAR | | MOTIVO | | | | ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA | |

| | | | | |
|---|-------|--------|--------|---------------|
| DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE QUE LA DEL EMPLEADO) | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|---|-------|--------|--------|---------------|

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------|---|---|--------------------------|-------------------------|------|
| MENOR | APELLIDO | | NOMBRE | | INICIAL DEL 2º NOMBRE | NSS/N.º DE ID FISCAL | SEXO |
| | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA | | ¿EL HIJO ES AMBOS DISCAPACITADO Y TIENE 26 AÑOS O MÁS? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PLAN DENTAL SELECCIONADO | | |
| <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CAMBIAR <input type="checkbox"/> CANCELAR | | MOTIVO | | | | ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA | |

| | | | | |
|---|-------|--------|--------|---------------|
| DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE QUE LA DEL EMPLEADO) | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|---|-------|--------|--------|---------------|

¿NECESITA AYUDA CON SU FORMULARIO? Comuníquese con su empleador o el Agente Autorizado de Covered California si tiene preguntas, visite **CoveredCA.com** o llámenos al (877) 453-9198. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (877) 453-9198.

continúa en la siguiente página 

| | | |
|---------------------|----------------------|---------------------------|
| Nombre del empleado | Nombre del empleador | N.º de ID de Estuche CCSB |
|---------------------|----------------------|---------------------------|

NUEVAS OPCIONES DE PLANES DE SALUD Y DENTALES

¡IMPORTANTE! Los cambios de plan solo se permiten con la renovación. No obstante, los empleados que experimenten un evento que califica (p. ej., adquieren un dependiente nuevo) pueden cambiar su cobertura fuera del período de renovación.

Probablemente no estén disponibles todos los planes de salud que se presentan. Solicite a su empleador la lista de los planes de salud de su zona.

| Plan de salud | NIVEL DE METAL | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|
| | Bronze | Silver | Gold | Platinum |
| Blue Shield | <input type="radio"/> Bronze 60 PPO con dental para niños | <input type="radio"/> Silver 70 HMO con dental para niños | <input type="radio"/> Gold 80 HMO con dental para niños | <input type="radio"/> Platinum 90 HMO con dental para niños |
| CCHP | <input type="radio"/> Bronze 60 HMO con dental para niños | <input type="radio"/> Silver 70 HMO con dental para niños | <input type="radio"/> Gold 80 HMO con dental para niños | <input type="radio"/> Platinum 90 HMO con dental para niños |
| Health Net | <input type="radio"/> Bronze 60 PPO | <input type="radio"/> Silver 70 PPO <input type="radio"/> Silver 70 HSA EPO Suplente | <input type="radio"/> Gold 80 PPO <input type="radio"/> Gold 80 EPO Suplente | <input type="radio"/> Platinum 90 PPO |
| Kaiser Permanente | <input type="radio"/> Bronze 60 HSA HMO <input type="radio"/> Bronze 60 HMO | <input type="radio"/> Silver 70 HSA HMO <input type="radio"/> Silver 70 HMO Suplente | <input type="radio"/> Gold 80 HMO <input type="radio"/> Gold 80 HMO Suplente | <input type="radio"/> Platinum 90 HMO <input type="radio"/> Platinum 80 HMO Suplente |
| Sharp | <input type="radio"/> Bronze 60 HMO Network 2 con dental para niños (coseguro) <input type="radio"/> Bronze 60 HSA HMO Network 1 con dental para niños (coseguro) | <input type="radio"/> Silver 70 HMO Network 1 con dental para niños (copago) <input type="radio"/> Silver 70 HMO Network 2 con dental para niños (coseguro) <input type="radio"/> Silver 70 HSA HMO Network 1 con dental para niños (coseguro) | <input type="radio"/> Gold 80 HMO Network 2 con dental para niños (copago) <input type="radio"/> Gold 80 HMO Network 1 con dental para niños (coseguro) | <input type="radio"/> Platinum 90 HMO Network 1 con dental para niños (copago) <input type="radio"/> Platinum 90 HMO Network 2 con dental para niños (coseguro) |
| Western Health Advantage | <input type="radio"/> Bronze 60 HMO con dental para niños <input type="radio"/> Bronze 60 HSA HMO con dental para niños (4500/40) <input type="radio"/> Bronze 60 HSA HMO con dental para niños (6000/0) | <input type="radio"/> Silver 70 HMO con dental para niños <input type="radio"/> Silver 70 HSA HMO con dental para niños | <input type="radio"/> Gold 80 HMO con dental para niños | <input type="radio"/> Platinum 90 HMO con dental para niños |

| Planes Dentales | PLANES DENTALES PEDIÁTRICOS | PLANES DENTALES DE FAMILIA** |
|------------------------|--|--|
| Access Dental | <input type="radio"/> HMO dental de los niños | <input type="radio"/> HMO dental de familia |
| Delta Dental | <input type="radio"/> HMO dental de los niños <input type="radio"/> PPO dental de los niños | <input type="radio"/> HMO dental de familia <input type="radio"/> PPO dental de familia |
| Liberty Dental | <input type="radio"/> HMO dental de los niños | <input type="radio"/> HMO dental de familia |
| MetLife | <input type="radio"/> PPO dental de los niños | No disponible |
| SafeGuard | <input type="radio"/> HMO dental de los niños | <input type="radio"/> HMO dental de familia |
| Dental Health Services | <input type="radio"/> HMO dental de los niños | <input type="radio"/> HMO dental de familia |
| Premier Access Dental | <input type="radio"/> PPO dental de los niños | <input type="radio"/> PPO dental de familia |

** Los planes dentales familiares proporcionan cobertura para adulto solamente y para adulto con niño. No obstante, tenga en cuenta que si un niño está inscrito en la cobertura dental familiar, deberán inscribirse también los demás niños.

? **¿NECESITA AYUDA CON SU FORMULARIO?** Comuníquese con su empleador o el Agente Autorizado de Covered California si tiene preguntas, visite CoveredCA.com o llámenos al (877) 453-9198. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (877) 453-9198.

continúa en la siguiente página ➔

| | | |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|
| Nombre del empleado | Nombre del empleadore | N.º de ID de Estuche CCSB |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|

FIRME EL FORMULARIO

CONTRATO DE ARBITRAJE DE COVERED CALIFORNIA

Entiendo que, si selecciono un Plan de Salud que utiliza arbitraje vinculante obligatorio para resolver disputas, acepto arbitrar las reclamaciones relacionadas a mi membresía o la membresía de un dependiente en el Plan de Salud (a excepción de casos y reclamaciones de un Tribunal para Casos Menores que no pueden ser objeto de un arbitraje vinculante en virtud de la ley vigente). Entiendo que cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, parientes u otras partes asociadas por un lado, y el Plan de Salud, cualquier proveedor de cuidados de salud contratado, administradores u otras partes asociadas por el otro lado, por la supuesta violación de cualquier obligación que surja de o esté relacionada con la membresía en el Plan de Salud, incluida cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo sobre servicios médicos considerados innecesarios o no autorizados o que se prestaron de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad del establecimiento, o en relación con la cobertura, o la prestación de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante arbitraje vinculante en conformidad con la ley de California y no mediante una acción judicial ni procedimiento legal, salvo por lo que la ley vigente establezca en cuanto a una revisión judicial del proceso de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la cláusula completa sobre arbitraje está en el documento de la cobertura del Plan de Salud, que está disponible para mi revisión.

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas, a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si intencionalmente proporciono información falsa o inexacta.

| | |
|----------------------|--------------------|
| Firma del empleado | Fecha (dd/mm/aaaa) |
| Nombre del empleador | |

DEVUELVA SU FORMULARIO COMPLETO Y FIRMADO A SU EMPLEADOR

Su empleador nos enviará el formulario y nos comunicaremos con usted si necesitamos información adicional o le haremos saber que se ha aprobado su solicitud de cambios de su cobertura.

INFORMACIÓN SOBRE EL AGENTE DE SEGUROS CERTIFICADO

Califique la atención del Agente de Seguros Certificado que le asistió con la cobertura de seguro de salud Covered California.

| | | |
|--|---------------------------------|--------------------|
| Nombre del Agente de Seguros Certificado | Dirección de correo electrónico | Número de teléfono |
|--|---------------------------------|--------------------|

No me asistió un Agente de Seguros Certificado.

 **¿NECESITA AYUDA CON SU FORMULARIO?** Comuníquese con su empleador o el Agente Autorizado de Covered California si tiene preguntas, visite [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com) o llámenos al (877) 453-9198. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (877) 453-9198.