



Notificación de Fallecimiento por un Miembro Inscrito

Favor de completar este formulario si usted aparece inscrito en la cuenta y desea informar el fallecimiento del titular principal de la cuenta u otra persona inscrita que aparezca en la cuenta. Favor de notar que el someter este formulario resultará en una re-determinación de elegibilidad para cualquier miembro adicional en la cuenta. Si el fallecido es el titular principal de la cuenta, el fallecido continuará apareciendo como el titular principal de la cuenta por el resto del periodo de inscripción; sin embargo, los cuotas serán ajustadas en consecuencia. Favor de esperar 30 días para el procesamiento. El formulario puede enviarse por correo o por fax a los siguientes:

Mail: Covered California
 P.O. Box 989725
 West Sacramento, CA 95798-9725

Fax: (888) 329-3700

Información del consumidor fallecido <i>(Tal como aparece en la Cuenta de Covered California)</i>		
Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Caso o Cuenta de Covered California:		Fecha de Nacimiento:
Información del miembro que reporta el fallecimiento <i>Es muy importante que proporcione su información de contacto actual. Covered California tendrá que comunicarse con usted con respecto a las actualizaciones a la cuenta.</i>		
Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (requerido)	Correo Electrónico:	
¿Cuál es su relación con el fallecido?		
¿Necesita copia del formulario 1095A del IRS para el año previo?	Sí	No
¿Es necesario actualizar la dirección en la cuenta?	Sí	No

NOTIFICATION OF DECEASED – BY ENROLLED MEMBER

HBEX 411b (05/16)

Page 2

¿Cuál es la nueva dirección?	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Documentos Requeridos		
<p>Favor de incluir una copia del siguiente documento:</p> <p>1. Certificado de Defunción – No se requiere una copia original.</p>		
<p>Documento que se adjunta como identificación del miembro dependiente. <i>(De no adjuntar algún tipo de identificación, su firma debe ser notariada.)</i></p>		
Licencia de Conducir de California	Tarjeta de Identificación del Estado de California	
Tarjeta de Identificación Federal	Notario Público	
Fecha de Notaría:	<p>NO ES OFICIAL SI NO TIENE SELLO DEL NOTARIO PUBLICO</p>	
Nombre del Notario Público:		
Número de Registro del Notario Público:		
Firma del Miembro Dependiente		
<p>Entiendo que Covered California pudiese no poder cumplir con mi solicitud, pero aun así me proveerá una respuesta.</p>		
<p>Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verídica y correcta.</p>		
Firma:	Fecha:	
<p><i>La información solicitada en este formulario es requerida por California Health Benefit Exchange, Oficina de Privacidad, a fin de procesar su solicitud. La información que proporcione en este formulario se requiere para procesar su solicitud y será utilizada por la Oficina de Privacidad para ese propósito. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su solicitud. Referencias legales que autorizan la recopilación o el mantenimiento de la información proporcionada en este formulario incluye Secciones 1798.22, 1798.25, 1798.27 y 1798.35 del Código Civil de California y la Sección 155.260 (a) del Código de Regulaciones Federales. California Health Benefit Exchange, Privacy Office, 1601 Exposition Blvd, Sacramento, CA 95815 (800) 889-3871.</i></p>		