

NOTIFICATION OF DECEASED

HBEX 411cS SPANISH VERSION (12/15)



Notificación de Fallecimiento por un Representante Autorizado

Favor de completar este formulario si usted tiene la autoridad legal para actuar en nombre del patrimonio del consumidor fallecido. El cambio en el tamaño del hogar resultará en una terminación de la cobertura (si el fallecido era el único inscrito) o una nueva determinación sobre la elegibilidad para los restantes bajo la cuenta. Favor de esperar 30 días para su procesamiento. El formulario se puede enviar por correo o por fax a:

Correo: Covered California
P.O. Box 989725

Fax: (888) 329-3700

West Sacramento, CA 95798-9725

Información del Consumidor Fallecido

(Tal como aparece en la Cuenta de Covered California)

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Caso o Cuenta de Covered California:	Fecha de Nacimiento:	

Información del Representante Autorizado

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (<i>requerido</i>)	Dirección de Correo Electrónico:	

Información Adicional

¿Necesita una copia del IRS formulario 1095A del año anterior?	Sí	No
¿Necesita actualizar la dirección postal en la cuenta para la futura correspondencia y la información de impuestos del año en curso?	Sí	No
¿Cuál es la nueva dirección?		

**NOTIFICATION OF DECEASED
HBEX 411cS SPANISH VERSION (12/15)**

Page 2

Información Adicional cont.

¿Hay alguna instrucción adicional?

Por favor, incluya una copia del siguiente documento:

1. **Certificado de Defunción** - *No se requiere un original*

¿Qué autoridad legal tiene usted para actuar en nombre del consumidor? Adjunte uno de los siguientes documentos legales para apoyar su autoridad:

1. **Documentos fiduciarios** - Página del título, página del fiduciario y página de firmas
2. **Poder Legal**
3. **Otros documentos legales** - Orden de la corte, testamento del consumidor, etc.

Tipo de documento que se adjunta de identificación del representante del patrimonio.
(De no adjuntar algún documento de identificación, su firma debe ser notariada.)

Licencia de Conducir

Tarjeta de Identificación Estatal

Tarjeta de Identificación Federal

Notario Público

Fecha de Notaría:

Notariado por:

Número de Notario Público:

NO ES OFICIAL SI NO TIENE SELLO DEL NOTARIO
PÚBLICO

Firma del Representante Autorizado

Entiendo que Covered California pudiese no ser capaz de cumplir con mi solicitud, pero aun así me dará una respuesta.

Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verídica y correcta.

Firma:

Fecha:

La información solicitada en este formulario es requerida por el intercambio de beneficios de salud de California (California Health Benefit Exchange) para procesar su solicitud y se utilizará exclusivamente para este fin. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su solicitud. Referencias legales que autorizan la colección o el mantenimiento de la información proporcionada en este formulario incluyen las Secciones 1798.22, 1798.25, 1798.27 and 1798.35 del Código Civil de California y las Secciones 155.260(a) del Código de Regulaciones Federales. California Health Benefit Exchange, Privacy Office, 1601 Exposition Blvd, Sacramento, CA 95815 (800) 889-3871.