


Nombre del empleado	Nombre del empleador	N.º de Grupo de CCSB
---------------------	----------------------	----------------------

COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA CANCELAR COBERTURA, AGREGAR DEPENDIENTES O CAMBIAR PLANES

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

- **CANCELACIONES** de cobertura surtirán efecto el **ÚLTIMO DÍA** del mes **DESPUÉS DE** que Covered California **RECIBA** su solicitud. Las cancelaciones en la renovación surtirán efecto en la fecha de renovación del grupo.
- **APELLIDO (NOMBRE DE FAMILIA):** Por favor, consulte a su empleador para las directrices de la fecha efectiva basada en el evento de calificación.
- **ADICIONES (CON RENOVACIÓN):** La cobertura será efectiva en la fecha de renovación del grupo.
- **CAMBIOS (AL RENOVAR):** Si realiza algún cambio en el plan, enumere todos los dependientes cubiertos.

Este formulario debe ser recibido por Covered California **NO MÁS DE 30 DÍAS** después de que el evento se lleva a cabo si es fuera del periodo de renovación.

EMPLEADO	APELLIDO (NOMBRE DE FAMILIA)		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)					 Por favor consulte la siguiente página para los planes médicos y dentales disponibles de CCSB para elegir.
MOTIVO						ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA	

CONYUGE O PAREJA DOMESTICA	APELLIDO (NOMBRE DE FAMILIA)		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 DE FAMILIA)		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?		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 DE FAMILIA)		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?		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 DE FAMILIA)		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?		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 con el Agente de Seguros de Covered California de su empleador si tiene preguntas o llámenos al (855) 777-6782.

continúa en la siguiente página 

Nombre del empleado	Nombre del empleador	N.º de Grupo de CCSB
---------------------	----------------------	----------------------

NUEVAS OPCIONES DE PLANES DE SALUD Y DENTALES

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

NOTA: Los beneficios de infertilidad (esterilidad) están disponibles para los grupos de empleadores cuando un Empleador elige proporcionar este beneficio durante la inscripción abierta o los períodos de renovación. Si un empleador con 20 o más empleados de tiempo completo opta por proporcionar beneficios de infertilidad, todos los planes ofrecidos incluirán esta cobertura.

Si un empleador con menos de 20 empleados de tiempo completo elige proporcionar beneficios de infertilidad, solo los planes PPO y EPO incluirán esta cobertura. Los beneficios de infertilidad no se incluirán en los planes HMO para grupos con menos de 20 empleados de tiempo completo.

La selección de planes varía según la región. Consulte con su empleador para la lista de planes médicos disponibles en su área.

Plan de salud	NIVEL DE METAL			
	Bronze	Silver	Gold	Platinum
Blue Shield	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Silver 70 PPO 2250/50 + Child Dental ○ Trio Silver 70 HMO 2250/55 + Child Dental 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental ○ Trio Gold 80 HMO 250/35 + Child Dental 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental ○ Trio Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental
Health Net	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental ○ Bronze 60 HDHP PPO 7000/0% + Child Dental Alt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Silver 70 HDHP PPO 1400/40% + Child Dental Alt ○ Silver 70 Value PPO 1700/50 + Child Dental Alt ○ Silver 70 PPO 2250/50 + Child Dental ○ EnhancedCare Silver 70 HDHP PPO 1400/40% + Child Dental Alt ○ EnhancedCare Silver 70 PPO 2250/55 + Child Dental Alt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gold 80 PPO 0/30 + Child Dental Alt ○ Gold 80 Value PPO 750/15 + Child Dental Alt ○ EnhancedCare Gold 80 PPO 1000/30 + Child Dental Alt ○ Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental ○ EnhancedCare Platinum 90 PPO 250/15 + Child Dental Alt
Kaiser Permanente	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bronze 60 HMO 6300/65 ○ Bronze 60 HDHP HMO 7000/0% ○ Bronze 60 HMO 5400/60 Alt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Silver 70 HMO 2250/55 ○ Silver 70 HDHP HMO 2500/20% ○ Silver 70 HMO 1650/55 Alt ○ Silver 70 HMO 2100/55 Alt ○ Silver 70 HMO 2600/55 Alt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gold 80 HMO 250/35 ○ Gold 80 HMO 0/30 Alt ○ Gold 80 HMO 1000/40 Alt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Platinum 90 HMO 0/20 ○ Platinum 90 HMO 0/10 Alt
OSCAR	<ul style="list-style-type: none"> ○ Circle Bronze 60 HDHP EPO 7000/0% + Child Dental 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Circle Silver 70 EPO 2250/55 + Child Dental ○ Silver 70 EPO 1500/50 + Child Dental Alt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Circle Gold 80 EPO 250/35 + Child Dental ○ Circle Gold 80 EPO 0/30 + Child Dental Alt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Circle Platinum 90 EPO 0/20 + Child Dental
Sharp	<ul style="list-style-type: none"> ○ Performance Bronze 60 HMO 6300/65 + Child Dental ○ Premier Bronze 60 HDHP HMO 7000/0% + Child Dental 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Performance Silver 70 HMO 2250/50 + Child Dental ○ Premier Silver 70 HMO 2250/55 + Child Dental ○ Premier Silver 70 HDHP HMO 2500/20% + Child Dental 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Performance Gold 80 HMO 350/25 + Child Dental ○ Premier Gold 80 HMO 250/35 + Child Dental 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Performance Platinum 90 HMO 0/15 + Child Dental ○ Premier Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental

*Para los planes de salud que no incluyen servicio Dental Pediátrico, los empleados tienen la opción de elegir un plan dental pediátrico autónomo. Los niños dependientes tienen derecho a la cobertura de Dental Pediátrica hasta los 19 años.

Planes Dentales	PLANES DENTALES PEDIÁTRICOS	PLANES DENTALES DE FAMILIA**
California Dental Network	○ Plan Dental Pediátrico HMO	○ Plan Dental de Familia HMO
Delta Dental	○ Plan Dental Pediátrico HMO ○ Plan Dental Pediátrico PPO	○ Plan Dental de Familia HMO ○ Plan Dental de Familia PPO
Dental Health Services		○ Plan Dental de Familia HMO
Liberty Dental		○ Plan Dental de Familia HMO

**Los planes dentales de familia ofrecen cobertura para adultos únicamente y para adultos y niños.

? **NECESITA AYUDA CON SU FORMULARIO?** Comuníquese con su empleador o con el Agente de Seguros de Covered California de su empleador si tiene preguntas o llámenos al (855) 777-6782.

continúa en la siguiente página ➔

Nombre del empleado	Nombre del empleador	N.º de Grupo de CCSB
---------------------	----------------------	----------------------

FIRME EL FORMULARIO

ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE DE COVERED CALIFORNIA

Entiendo que si selecciono un Plan de Salud que usa el arbitraje obligatorio para resolver disputas, estoy de acuerdo en arbitrar las reclamaciones relacionadas con mi membresía o la de mi dependiente participante en el Plan de Salud (excepto los casos y reclamos que no pueden ser sujetos a arbitraje vinculante bajo la ley vigente). Entiendo que cualquier disputa entre mí, y mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por otro parte, y el Plan de Salud, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por otra parte, por presunta violación de cualquier deber derivado o relacionados con la afiliación al Plan de Salud, incluyendo, para la responsabilidad de los locales, relacionados con la cobertura o entrega de servicios o artículos, o si yo selecciono un Plan de Salud Kaiser Permanente, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica o hospitalaria (una afirmación de que los servicios médicos eran innecesarios o no autorizados o se realizaron de manera inapropiada, negligente o incompetente), independientemente de la teoría legal, debe ser decidido por arbitraje obligatorio bajo la ley de California y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, a menos que la ley aplicable estipule revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y aceptar el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición de arbitraje completo está en el documento de cobertura del Plan de Salud, el cual está disponible para mi revisión.

Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si intencionalmente proveo información falsa.

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



¡DETENGASE! SÓLO complete y firme a continuación si está rechazando la cobertura.

RECONOCIMIENTO DE RECHAZO DE COBERTURA

Estoy rechazando la **cobertura médica** para (marque todo lo que corresponda):

- Mi mismo(a)
 Cónyuge / Pareja Doméstica
 Nombre (s) de Hijo (s) _____

Estoy rechazando la **cobertura dental** para (marque todo lo que corresponda):

- Mi mismo(a)
 Cónyuge / Pareja Doméstica
 Nombre (s) de Hijo (s) _____

Motivo del rechazo de la cobertura:

- Cubierto por el plan grupal del cónyuge / pareja doméstica
 Cubierto bajo una póliza individual
 Cubierto por Tricare
 Cubierto por Medicare
 Cubierto por Medi-Cal
 Cubierto por Otro: _____
 La cobertura es muy costosa. (Puede ponerse en contacto con Covered CA en www.coveredca.com para obtener ayuda sobre cómo entender las opciones disponibles y la asistencia financiera en el Mercado Individual de Covered CA.)

Reconozco que mi empleador me explico sobre la cobertura que tengo disponible y tengo derecho a inscribirme en la cobertura ofrecida. He decidido voluntariamente no inscribirme y / o a mis dependientes elegibles. Al rechazar esta cobertura, reconozco que yo y / o mis dependientes elegibles tendremos que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta de mi empleador para inscribirme o cambiar la cobertura, a menos que sea elegible para un período de inscripción especial por un evento calificativo.

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

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.

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.

NECESITA AYUDA CON SU FORMULARIO? Comuníquese con su empleador o con el Agente de Seguros de Covered California de su empleador si tiene preguntas o llámenos al (855) 777-6782.