

Covered California para Pequeñas Empresas
FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO PARA EMPLEADORES



Marque aquí si los cambios deben aplicarse al momento de la renovación. Debe recibirse antes de la fecha de renovación.
Envíe el formulario completo por fax al: (949) 809-3264
Envíe por correo a Covered California a: P.O. Box 7010, Newport Beach, CA 92658
Para ayuda, llame al: (855) 777-6782
o al Correo electrónico: ccsbeligibility@covered.ca.gov

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Indique el nombre y el número de identificación del empleador (EIN) con los que solicitó originalmente la cobertura de Covered California, para que podamos localizar el registro correcto de su empresa. Si el nombre de su empresa ha cambiado, escriba el nuevo nombre en la sección "Información actualizada de la empresa" que aparece más abajo.

Form fields for employer information: Nombre del empleador, Número de identificación federal del empleador (FEIN), Código SIC, Número de teléfono del empleador, Número de grupo de Covered California para pequeñas empresas (CCSB).

MOTIVO DEL CAMBIO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) A PARTIR DE MM/DD/AAAA

Form with checkboxes for reasons for change: Cambio de propietario, Cambio de dirección u otra información del negocio, Empleados a ser dados de baja, Cambio de nivel de plan, Cambio en el monto de aportación a la prima, Cambio de plan de referencia, Elección de cobertura solo para el empleado, Agregar cobertura para dependientes, Cambio en la oferta de tratamientos de infertilidad, Menos de un empleado de tiempo completo, Entre 50 y 100 empleados de tiempo completo, Cambio de estado de COBRA, Otro (por favor describa).

INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE LA EMPRESA (SI APLICA)

Form fields for updated company information: 1. NUEVO nombre legal de la empresa, 2. NUEVO número de identificación federal del empleador (FEIN), 3. NUEVO nombre comercial (DBA), 4. NUEVO número estatal de identificación del empleador (SEIN).

CAMBIO DE PROPIETARIO Debe proporcionar los siguientes documentos

Form with checkboxes for owner change: Propietario único, Corporación, Sociedad, Sociedad limitada (LP), Sociedad de responsabilidad limitada (LLP), Compañía de responsabilidad limitada (LLC).

¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su agente de seguros de Covered California, visite coveredca.com/forsmallbusiness o llame al (855) 777-6782.

Nombre del empleador	Número de grupo CCSB
----------------------	----------------------

FAVOR DE LLENAR SOLO LA INFORMACIÓN QUE HA CAMBIADO

Contacto principal (Las comunicaciones oficiales se enviarán a esta persona) ☐ **Marque aquí si NO hay cambios**

1. Nombre, apellido	
2. Número de teléfono	3. Correo electrónico
4. ¿Desea dejar de recibir correspondencia impresa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	5. Idioma preferido para comunicación oral o escrita (OPCIONAL — si no es inglés)

Representante autorizado (si desea nombrar a alguien como su representante autorizado, OPCIONAL)

6. Nombre, apellido	
7. Número de teléfono	8. Correo electrónico


Direcciones de la empresa

9. Dirección comercial en California – calle y número (debe ser una dirección en California)			
10. Dirección – línea 2			
11. Ciudad	12. Estado	13. Código postal	14. Condado
15. ¿La dirección postal es la misma que la dirección comercial en California? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		16. ¿La dirección de facturación es la misma que la dirección comercial en California? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
17. Dirección postal	18. Ciudad	19. Estado	20. Código postal
		21. Condado	

ENUMERE LOS EMPLEADOS A LOS QUE DESEA DAR DE BAJA DE LA COBERTURA Y LA RAZÓN

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DEL EMPLEADO: Para cambiar información o cobertura del empleado (como agregar un dependiente o cambiar su domicilio), llene y adjunte el Formulario de Cambio para Empleados.

Apellido del empleado	Nombre	Segundo nombre (inicial)	Número de seguro social o de identificación fiscal
Razón: <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura <input type="checkbox"/> Demasiado caro <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa <input type="checkbox"/> Separación/divorcio	Último día de cobertura		
Apellido del empleado	Nombre	Segundo nombre (inicial)	Número de seguro social o de identificación fiscal
Razón: <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura <input type="checkbox"/> Demasiado caro <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa <input type="checkbox"/> Separación/divorcio	Último día de cobertura		
Apellido del empleado	Nombre	Segundo nombre (inicial)	Número de seguro social o de identificación fiscal
Razón: <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura <input type="checkbox"/> Demasiado caro <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa <input type="checkbox"/> Separación/divorcio	Último día de cobertura		
Apellido del empleado	Nombre	Segundo nombre (inicial)	Número de seguro social o de identificación fiscal
Razón: <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura <input type="checkbox"/> Demasiado caro <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa <input type="checkbox"/> Separación/divorcio	Último día de cobertura		
Apellido del empleado	Nombre	Segundo nombre (inicial)	Número de seguro social o de identificación fiscal
Razón: <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura <input type="checkbox"/> Demasiado caro <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa <input type="checkbox"/> Separación/divorcio	Último día de cobertura		

 **¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO?** Comuníquese con su agente de seguros de Covered California, visite coveredca.com/forsmallbusiness o llame al **(855) 777-6782**.

continúa en la siguiente página ➡

Nombre del empleador

Número de grupo CCSB

CAMBIAR LOS NIVELES DE PLAN OFRECIDOS A SUS EMPLEADOS (SI APLICA)

NOTA: Los niveles de plan solo se pueden cambiar en el momento de la renovación.

Plan de 1 metal: Puede ofrecer a sus empleados la opción de elegir entre los siguientes niveles de plan:

Nivel de plan de 1 metal ☐ Bronce ☐ Plata ☐ Oro ☐ Platino

Plan de 2 metales: Puede ofrecer a sus empleados la opción de elegir entre los siguientes niveles de plan:

Nivel de plan de 2 metales: ☐ Bronce + Plata ☐ Plata + Oro ☐ Oro + Platino

Plan de 3 metales: Puede ofrecer a sus empleados la opción de elegir entre los siguientes niveles de plan:

Nivel de plan de 3 metales: ☐ Bronce + Plata + Oro ☐ Plata + Oro + Platino

Plan de 4 metales: Puede ofrecer a sus empleados la opción de elegir entre los siguientes niveles de plan:

Nivel de plan de 4 metales: ☐ Bronce + Plata + Oro + Platino

CAMBIAR SU PLAN DE REFERENCIA (SI APLICA)

NOTA: El plan de referencia solo se puede cambiar en el momento de la renovación.

NUEVO plan de referencia

Aseguradora de salud _____

Nombre del plan _____

Nivel del plan _____

CAMBIE SU APORTACIÓN MENSUAL A LA PRIMA (SI APLICA)

NOTA: Las aportaciones mensuales a la prima solo se pueden cambiar en el momento de la renovación.

NUEVO nivel de aportación

Porcentaje de la prima mensual del empleado _____ % (mínimo 50 %)

Porcentaje de la prima mensual para dependientes _____ % (opcional, escriba "0" si no hay aportación)

INFERTILIDAD

¿Desea ofrecer planes que incluyan cobertura para infertilidad?

☐ Si

☐ No

Todos los empleadores tienen la opción de ofrecer cobertura para infertilidad como parte de su plan de salud. Si el empleador elige ofrecer beneficios de infertilidad a sus empleados, todos los planes de seguro médico disponibles incluirán estos beneficios. Si el empleador elige no ofrecerlos, los planes disponibles para sus empleados no incluirán cobertura para infertilidad.

Nombre del empleador

Número de grupo CCSB

COBERTURA DENTAL

¿Desea ofrecer cobertura dental?

☐ Si

☐ No

CAMBIAR SU PLAN DENTAL DE REFERENCIA (SI APLICA)

NOTA: Los planes dentales de referencia solo se pueden cambiar en el momento de la renovación.

NUEVO plan de referencia

Aseguradora dental _____

Nombre del plan _____

Nivel del plan _____

CAMBIAR SU APORTACIÓN MENSUAL A LA PRIMA DENTAL (SI APLICA)

NOTA: Las aportaciones mensuales para la cobertura dental solo se pueden cambiar en el momento de la renovación.

NUEVO nivel de aportación

Porcentaje de la prima mensual del empleado _____ % (opcional; escriba "0" si no hay aportación)

Porcentaje de la prima mensual para dependientes _____ % (opcional; escriba "0" si no hay aportación)

INFORMACIÓN DEL AGENTE DE SEGUROS

Indique el agente de seguros que le asistió con su cobertura médica de Covered California para Pequeñas Empresas:

Nombre del agente de seguros

Correo electrónico

Número de teléfono

☐

No recibí asistencia de un agente de seguros



¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su agente de seguros de Covered California, visite coveredca.com/forsmallbusiness o llame al **(855) 777-6782**.

continúa en la siguiente página ➡

Nombre del empleador

Número de grupo CCSB

DECLARACIÓN Y ACUERDO DE ARBITRAJE — Lea, complete y firme

Para participar en Covered California para Pequeñas Empresas, usted debe declarar lo siguiente:

- A. Entiendo que la información que proporcioné en este formulario solo se utilizará para determinar la elegibilidad y facilitar la inscripción en cobertura médica, y será tratada de forma confidencial conforme a las leyes federales y estatales.
- B. Mi período de espera cumple con 42 U.S.C. § 300gg-7, la Sección 10198.7(c) del Código de Seguros de California (modificado por los Estatutos 2013-2014, 1a Sesión Extraordinaria, cap. 1, § 7) y la Sección 1357.51(c) del Código de Salud y Seguridad de California (modificado por los Estatutos 2013-2014, 1a Sesión Extraordinaria, cap. 2, § 2), y todos mis empleados que califican han cumplido con dicho período de espera;
- C. Si incluí una lista de empleados, tengo el consentimiento de todas las personas listadas para proporcionar su información personal, incluyendo fechas de nacimiento, números de Seguro Social o de identificación fiscal, direcciones y números de teléfono.
- D. Sé que, conforme a la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, religión, estado civil o condición de veterano.
- E. Sé que la cobertura de grupo no se considerará aprobada por SHOP hasta que se haya pagado la factura inicial en su totalidad y que esta haya sido entregada a SHOP o tenga sello postal con fecha anterior al vencimiento indicado en la factura.
- F.) F. Sé que debo seguir haciendo los pagos requeridos en su totalidad antes de la fecha de vencimiento indicada en cada factura para seguir siendo un empleador elegible dentro del programa SHOP.
- G. Sé que debo informar a todos los empleados elegibles sobre la disponibilidad de cobertura. Aquellos que no se inscriban deberán esperar un año o tener un evento calificado para poder obtener cobertura bajo el plan grupal más adelante.
- H. Entiendo que, una vez que la cobertura es aprobada por CCSB, no se pueden hacer cambios hasta el siguiente período anual de renovación, excepto si el empleador calificado decide cambiar de cobertura con el mismo proveedor durante los primeros 30 días desde la fecha en que comienza la cobertura, según el Código de Salud y Seguridad §1357.504(c) y el Código de Seguros §10753.06.5(c).
- I. Entiendo que la cobertura médica a través de CCSB está sujeta a los términos y condiciones del contrato o póliza con la aseguradora, así como a las leyes estatales aplicables, las cuales rigen los procedimientos, exclusiones y limitaciones de la cobertura. Estas prevalecerán en caso de conflicto con comparaciones de beneficios o descripciones generales.
- J. Entiendo que, una vez que se transmite la información de membresía a la aseguradora seleccionada, la fecha de inicio de cobertura no se puede modificar ni cancelar hasta después del primer mes de vigencia.
- K. Entiendo que CCSB puede auditar esta declaración en cualquier momento.
- L. Entiendo que esta declaración debe mantenerse vigente para conservar la cobertura del grupo bajo CCSB.

Acuerdo de arbitraje vinculante:

Entiendo que, si selecciono un Plan de Salud que utiliza el arbitraje obligatorio y vinculante para resolver disputas, estoy aceptando resolver mediante arbitraje cualquier reclamación relacionada con mi afiliación o la de mis dependientes al Plan de Salud (excepto en casos ante el Tribunal de Reclamaciones Menores o en reclamaciones que, conforme a la ley aplicable, no puedan ser sometidas a arbitraje vinculante). Entiendo que cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes relacionadas, por un lado, y el Plan de Salud, sus proveedores de servicios médicos contratados, administradores u otras partes relacionadas, por el otro, por presuntas violaciones a cualquier obligación derivada o relacionada con la afiliación al Plan de Salud, incluyendo responsabilidad por condiciones en las instalaciones, cobertura o prestación de servicios o artículos, o, si selecciono un Plan de Salud de Kaiser Permanente, cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (por ejemplo, que los servicios médicos hayan sido innecesarios, no autorizados o prestados de manera incorrecta, negligente o incompetente), independientemente de la teoría legal, deberá resolverse mediante arbitraje vinculante conforme a la ley del estado de California, y no mediante demanda o proceso judicial, salvo en los casos en que la ley aplicable permita la revisión judicial del proceso de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa sobre arbitraje se encuentra en el documento de cobertura del Plan de Salud, el cual está disponible para mi consulta.

☐ He leído y declaro que cumplo con los requisitos A-L mencionados anteriormente para participar en CCSB.

☐ He leído y acepto el Acuerdo de Arbitraje Vinculante.

FIRME Y ENVÍE ESTE FORMULARIO A COVERED CALIFORNIA

Firma del propietario o representante autorizado

Cargo

Nombre en letra de molde

Fecha