

# Covered California para Pequeñas Empresas

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO PARA EMPLEADORES



COVERED CALIFORNIA  
SMALL BUSINESS

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.

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

<input type="checkbox"/> Cambio de propietario	Indique la fecha en que entra en vigor el cambio de propietario	
<input type="checkbox"/> Cambio de dirección u otra información del negocio	Indique la fecha en que entra en vigor	
<input type="checkbox"/> Empleados a ser dados de baja	Indique la fecha de terminación	
<input type="checkbox"/> Cambio de nivel de plan (categoría metálica)	El cambio entrará en vigor al momento de la renovación.	
<input type="checkbox"/> Cambio en el monto de aportación a la prima	El cambio entrará en vigor al momento de la renovación.	
<input type="checkbox"/> Cambio de plan de referencia	El cambio entrará en vigor al momento de la renovación.	
<input type="checkbox"/> Elección de cobertura solo para el empleado	El cambio entrará en vigor al momento de la renovación.	
<input type="checkbox"/> Agregar cobertura para dependientes	El cambio entrará en vigor al momento de la renovación.	
<input type="checkbox"/> Cambio en la oferta de tratamientos de infertilidad	El cambio entrará en vigor al momento de la renovación.	
<input type="checkbox"/> Menos de un empleado de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Solo empleado	<input type="checkbox"/> Empleado + familia
<input type="checkbox"/> Entre 50 y 100 empleados de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Solo empleado	<input type="checkbox"/> Empleado + familia
<input type="checkbox"/> Cambio de estado de COBRA	<input type="checkbox"/> De Cal-COBRA (19 o menos empleados de tiempo completo) a COBRA federal (20 o más empleados de tiempo completo)	<input type="checkbox"/> De COBRA Federal (20 o más empleados de tiempo completo) a Cal-COBRA (19 o menos empleados de tiempo completo)
<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa)		

### INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE LA EMPRESA (SI APLICA)

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

<input type="checkbox"/> Propietario único	Licencia comercial local o registro de nombre comercial ficticio <b>Y</b> formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días o factura de la aseguradora anterior (Para empleadores con 3 o más empleados inscritos)
<input type="checkbox"/> Corporación	Artículos de incorporación (presentados y sellados), <b>Y</b> formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días o factura de la aseguradora anterior (Para empleadores con 3 o más empleados inscritos) <b>Y</b> declaración de información (si se ofrece cobertura a los directivos y no están listados en el DE-9C) o acta de junta corporativa que incluya los nombres de todos los directivos
<input type="checkbox"/> Sociedad	Acuerdo de sociedad <b>Y</b> carta de asignación del número de identificación del empleador (EIN), <b>Y</b> formulario DE-9C o registros de nómina de los últimos 30 días o factura de la aseguradora anterior (Para empleadores con 3 o más empleados inscritos)
<input type="checkbox"/> Sociedad limitada (LP)	Acuerdo de sociedad <b>Y</b> carta de asignación del número de identificación del empleador (EIN), <b>Y</b> formulario DE-9C o registros de nómina de los últimos 30 días o factura de la aseguradora anterior (Para empleadores con 3 o más empleados inscritos)
<input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada (LLP)	Acuerdo de sociedad o carta de asignación del número de identificación del empleador (EIN), <b>Y</b> formulario DE-9C o registros de nómina de los últimos 30 días o factura de la aseguradora anterior (Para empleadores con 3 o más empleados inscritos)
<input type="checkbox"/> Compañía de responsabilidad limitada (LLC)	Artículos de organización, acuerdo operativo o declaración de información, <b>Y</b> formulario DE-9C o registros de nómina de los últimos 30 días o factura de la aseguradora anterior (Para empleadores con 3 o más empleados inscritos)

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

continúa en la siguiente página ➔

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?
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"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa	<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <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"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa	<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <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"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa	<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <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"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa	<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <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"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Despido con causa	<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Resigned <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](http://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 2metales:** 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 3metales:** 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.



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

**continúa en la siguiente página** ➔

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](http://coveredca.com/forsmallbusiness) o llame al **(855) 777-6782**.

**continúa en la siguiente página ➔**

**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**