

# Covered California para Pequeñas Empresas

## Formulario de solicitud de cambio para los empleados



COVERED CALIFORNIA  
SMALL BUSINESS

Marque aquí si los cambios entrarán en vigencia con la renovación.

Envíe el formulario completo por fax al (949) 809-3264

por correo a Covered California a P.O. Box 7010, Newport Beach, CA 92658

Marque aquí para Rechazar la Cobertura  
También debe leer y firmar el Reconocimiento de Rechazo en la Página 4.

Para obtener ayuda, llame al (855) 777-6782

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre y dirección del empleador

Número de teléfono del empleador  
( ) -

N.º de Grupo de Covered California para Pequeñas Empresas (CCSB)

### MOTIVO DEL CAMBIO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

FECHA DE EFECTIVIDAD  
DD/MM/AAAA

FECHA DEL EVENTO DE  
CALIFICACIÓN

MOTIVO DEL CAMBIO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)	FECHA DE EFECTIVIDAD DD/MM/AAAA	FECHA DEL EVENTO DE CALIFICACIÓN
<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA COLECTIVA DEBE RECIBIRSE ANTES DE LA FECHA DE RENOVACIÓN	CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN RENOVACIÓN	CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> NUEVA CONTRATACIÓN INDIQUE LA FECHA QUE EL MIEMBRO ES ELEGIBLE PARA LA COBERTURA		
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE EMPLEO DE MEDIO TIEMPO A TIEMPO COMPLET INDIQUE LA FECHA EN QUE LA COBERTURA SERÁ EFECTIVA		
<input type="checkbox"/> PÉRDIDA O ADQUISICIÓN DE OTRA COBERTURA INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO Y PROPOCIONE UNA CARTA DEL ASEGURADOR O EMPLEADOR		
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE NOMBRE/ CAMBIO DE DIRECCIÓN INDIQUE LA FECHA EN QUE LA COBERTURA SERÁ EFECTIVA		
<input type="checkbox"/> MATRIMONIO O ADICIÓN A PAREJA DOMESTICA INDIQUE FECHA DE MATRIMONIO O DECLARACION DE PAREJA DOMESTICA		
<input type="checkbox"/> NACIMIENTO, ADOPCIÓN, TUTELA, CUIDADO TEMPORAL U ORDEN DE APOYO MÉDICO CALIFICADO (QMCSO por sus siglas en Inglés) DEL NIÑO DEPENDIENTE INDIQUE FECHA DE NACIMIENTO, ADOPCIÓN, TUTELA, CUIDADO TEMPORAL, U ORDEN DE APOYO MEDICO CALIFICADO		
<input type="checkbox"/> TERMINACIÓN DE DEPENDIENTES INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO		

PROPORCIONE LOS DETALLES DE SU/S CAMBIO/S EN LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES A CONTINUACIÓN.

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
3. Número de Seguro Social o número de ID fiscal				Sexo

**EMPLEADO NUEVO** Complete la información a continuación. **EMPLEADO EXISTENTE** Complete solo la información que ha cambiado.

4. Dirección de CASA	5. Número de departamento o suite		
6. Ciudad	7. Estado	8. Código postal	9. País
10. Dirección POSTAL			11. Número de departamento o suite
12. Ciudad	13. Estado	14. Código postal	15. País
16. Dirección de correo electrónico	17. Número de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo ( ) -	18. Otro número de telefon <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo ( ) -	
19. ¿Cuál es el método preferido de comunicación? <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono			
<input type="checkbox"/> <b>MARQUE AQUÍ SI CAMBIA O CORRIGE EL NOMBRE</b>	20. Nuevo nombre		
	21. Nuevo apellido		

**?** **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
---------------------	----------------------	----------------------

## 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.

<b>EMPLEADO</b>	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	

<b>CONYUGE O PAREJA DOMESTICA</b>	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	

<b>MENOR</b>	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
---	--	--	--------	--------	---------------

<b>MENOR</b>	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
---	--	--	--------	--------	---------------

<b>MENOR</b>	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 of California	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Silver 70 PPO 2500/55 + Child Dental</li> <li>○ Trio Silver 70 HMO 2500/55 + Child Dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental</li> <li>○ Trio Gold 80 HMO 250/35 + Child Dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental</li> <li>○ Trio Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental</li> </ul>
Kaiser Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bronze 60 HMO 6300/65 + Child Dental</li> <li>○ Bronze 60 HMO 5400/60 + Child Dental Alt</li> <li>○ Bronze 60 HDHP HMO 7000/0% + Child Dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Silver 70 HMO 2500/55 + Child Dental</li> <li>○ Silver 70 HDHP HMO 2700/25% + Child Dental</li> <li>○ Silver 70 HMO 1900/65 + Child Dental Alt</li> <li>○ Silver 70 HMO 2300/65 + Child Dental Alt</li> <li>○ Silver 70 HMO 2800/65 + Child Dental Alt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gold 80 HMO 250/35 + Child Dental</li> <li>○ Gold 80 HMO 1000/40 + Child Dental Alt</li> <li>○ Gold 80 HMO 0/30 + Child Dental Alt</li> <li>○ Gold 80 HDHP HMO 1600/15% + Child Dental Alt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Platinum 90 HMO 0/10 + Child Dental Alt</li> <li>○ Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental</li> </ul>
Sharp	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Performance Bronze 60 HMO 6300/65 + Child Dental</li> <li>○ Premier Bronze 60 HDHP HMO 7000/0% + Child Dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Premier Silver 70 HMO 2500/55 + Child Dental</li> <li>○ Performance Silver 70 HMO 2500/55 + Child Dental</li> <li>○ Premier Silver 70 HDHP HMO 2700/25% + Child Dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Performance Gold 80 HMO 350/25 + Child Dental</li> <li>○ Premier Gold 80 HMO 250/35 + Child Dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Performance Platinum 90 HMO 0/15 + Child Dental</li> <li>○ Premier Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental</li> </ul>

\*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

\*\*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](http://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.