

NOTIFICATION OF DECEASED

HBEX 411aS SPANISH VERSION (12/15)



Notificación de Cortesía por Fallecimiento

Favor de completar este formulario para proporcionarle a Covered California con una notificación de cortesía sobre el afiliado fallecido. Este 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 afiliados restantes. Favor de esperar 30 días para su procesamiento. El formulario puede ser enviado por correo o por fax a:

Correo: Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

Fax: (888) 329-3700

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

Page 2

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:

Reporte Individual		
Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (<i>requerido</i>)	Dirección de Correo Electrónico:	
Favor de incluir una copia del siguiente documento: 1. Certificado de Defunción - No se requiere copia original		
¿Hay notas adicionales Covered California debe añadir a la cuenta de las personas?		
Entiendo que Covered California pudiese no poder 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.		