

**REQUEST FOR AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES OF YOUR PERSONAL INFORMATION  
 HBEX 407S SPANISH VERSION (9/15)**



**Solicitud de un Informe de Divulgaciones de su Información Personal**

Usted tiene el derecho de solicitar a Covered California que le proporcione una contabilidad de las divulgaciones hechas a entidades externas con relación a su información de identificación personal. Le proveeremos un resumen de forma gratuita por año, pero se le cobrará una tarifa razonable y basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses. Para presentar esta solicitud, favor de completar todas las partes necesarias y enviar por correo el formulario completo con todos los documentos pertinentes a la siguiente dirección:

Privacy Officer  
 1601 Exposition Blvd.  
 Sacramento, CA 95815

<b>Información del Consumidor</b> <i>(Tal como aparece en la cuenta de Covered California)</i>		
Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Caso o Cuenta de Covered California:		Fecha de Nacimiento:
Número de Teléfono:	Dirección de Correo Electrónico	

<b>Verificación de Dirección</b> <i>(Por favor adjunte una copia de uno de los siguientes con su nombre y dirección actual.)</i>		
Licencia de Conducir de California	Factura de Utilidad	Otra
<b>Verificación de la Identidad</b> <i>(Por favor adjunte una copia de uno de los siguientes. Si no adjunta ningún documento de identificación, su firma debe ser notariada.)</i>		
Licencia de Conducir de California	Tarjeta de Identificación del Estado de California	
Tarjeta de Identificación	Notario Público	
Fecha de Notaría:	NO OFICIAL SI NO TIENE SELLO DEL NOTARIO PÚBLICO	
Notariado por:		
Número de Notario Público:		

**Firma**

Yo solicito a Covered California un resumen de la divulgación de información de identificación personal desde: \_\_\_\_\_ ( mes/año) hasta : \_\_\_\_\_ (mes/año)

¿Hay algún evento en específico que Covered California debe buscar?

Entiendo que Covered California puede no ser capaz de cumplir con mi solicitud, pero responderá a mi petición.

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 California Health Benefit Exchange, Oficina de Privacidad, a fin de procesar su solicitud. La información que proporcione en este formulario se requiere para procesar su solicitud y será utilizada por la Oficina de Privacidad para ese propósito. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su solicitud. Referencias legales que autorizan la recopilación o el mantenimiento de la información proporcionada en este formulario incluye Secciones 1798.22, 1798.25, 1798.27 y 1798.35 del Código Civil de California y la Sección 155.260 (a) del Código de Regulaciones Federales. *California Health Benefits Exchange, Privacy Office, 1601 Exposition Blvd, Sacramento, CA 95815 (800) 889-3871.*