

Solicitud de inscripción en la cobertura médica/dental/de vida/de la vista

- Para Nuevos Negocios, envíe un correo electrónico a: underwriting@calchoice.com
- Para Negocios Existentes, envíe un correo electrónico a: memberprocessing@calchoice.com

SI USTED O CUALQUIERA DE SUS DEPENDIENTES NO SE VA A INSCRIBIR, RELLENE LA SECCIÓN DE RENUNCIA DE LA COBERTURA DE LA PÁGINA 4. SI YA ES MIEMBRO Y NECESITA HACER CAMBIOS, RELLENE UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO PARA EL EMPLEADO. SI SOLO QUIERE CAMBIAR DE MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, COMUNÍQUESE DIRECTAMENTE CON SU PLAN DE SALUD. FAVOR DE NO HACER CAMBIOS A ESTE FORMULARIO PARA EVITAR RETRASOS EN EL PROCESAMIENTO.

Seleccione una Empresa nueva Empleado nuevo Renovación nueva COBRA nuevo Evento calificador/que requiere un cambio

A Información personal

Nombre de la compañía <input style="width:100%;" type="text"/>		# de grupo <input style="width:100%;" type="text"/>	
Nombre del puesto del empleado <input style="width:100%;" type="text"/>		Fecha de contratación de tiempo completo <input style="width:100%;" type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja de hecho		(MM/DD/AAAA) (excluya los periodos de orientación, si corresponde)	
Apellido del empleado <input style="width:100%;" type="text"/>		# de Seguro Social del empleado <input style="width:100%;" type="text"/>	
Nombre del empleado <input style="width:100%;" type="text"/>		Inicial <input style="width:100%;" type="text"/>	
Teléfono de casa # (XXX) XXX-XXXX <input style="width:100%;" type="text"/>		Dirección electrónica <input style="width:100%;" type="text"/>	
Dirección residencial (no usar apartados postales) <input style="width:100%;" type="text"/>		Apt. # <input style="width:100%;" type="text"/>	
Estado <input style="width:100%;" type="text"/>		Ciudad <input style="width:100%;" type="text"/>	
Código postal <input style="width:100%;" type="text"/>		Condado <input style="width:100%;" type="text"/>	
Dirección postal (si es diferente a la de arriba) <input style="width:100%;" type="text"/>		Apt. # <input style="width:100%;" type="text"/>	
Estado <input style="width:100%;" type="text"/>		Ciudad <input style="width:100%;" type="text"/>	
Código postal <input style="width:100%;" type="text"/>		Condado <input style="width:100%;" type="text"/>	

B Información sobre la inscripción

Complete esta sección SOLO si está escogiendo cobertura médica, dental y/o de la vista para usted y para sus dependientes.

	Empleado	Cónyuge/Pareja de hecho	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3				
¿Se está inscribiendo para?	<input type="checkbox"/> Solo seguro de vida <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de la vista	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de la vista	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de la vista	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de la vista	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de la vista				
Apellido									
Nombre									
Relación con el empleado						<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			
# de Seguro Social						# de Seguro Social ¿se requiere!	# de Seguro Social ¿se requiere!	# de Seguro Social ¿se requiere!	# de Seguro Social ¿se requiere!
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
Fecha de nacimiento	MM/DD/AAAA	MM/DD/AAAA	MM/DD/AAAA	MM/DD/AAAA	MM/DD/AAAA				
¿Está discapacitado? (Complete solo si tiene más de 26 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								

➔ Para inscribir a dependientes adicionales, complete las secciones A y B de otra solicitud.

Solicitantes de COBRA Marque el tipo de COBRA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA	Indique el evento calificador/que requiere un cambio <input type="checkbox"/> Término del empleo <input type="checkbox"/> Un hijo que ya no califica <input type="checkbox"/> Derecho a Medicare <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Divorcio/separación legal <input type="checkbox"/> Muerte del empleado	Fecha del evento calificador/que requiere un cambio (MM/DD/AAAA) <input style="width:100%;" type="text"/>
--	---	---

FIRME Y FECHE LAS SECCIONES DE LA SOLICITUD QUE LE CORRESPONDAN

23431



C Beneficio médico IMPORTANTE: Por favor seleccione UN plan de beneficios del nivel o niveles metálicos que se muestran en su Hoja de inscripciones.

PLAN DE SALUD	BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINUM
ANTHEM BLUE CROSS	<input type="checkbox"/> PPO A* <input type="checkbox"/> PPO B* <input type="checkbox"/> EPO A	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> PPO A <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> PPO B <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> PPO C <input type="checkbox"/> EPO A <input type="checkbox"/> EPO B*	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> PPO A <input type="checkbox"/> PPO E <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> PPO B <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> PPO C <input type="checkbox"/> PPO D	<input type="checkbox"/> HMO A
CIGNA + OSCAR	<input type="checkbox"/> EPO C* <input type="checkbox"/> EPO D	<input type="checkbox"/> EPO C <input type="checkbox"/> EPO E* <input type="checkbox"/> EPO D	<input type="checkbox"/> EPO C <input type="checkbox"/> EPO E <input type="checkbox"/> EPO D	<input type="checkbox"/> EPO C <input type="checkbox"/> EPO E <input type="checkbox"/> EPO D
HEALTH NET	<input type="checkbox"/> HMO A	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO E <input type="checkbox"/> HMO G <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO D <input type="checkbox"/> HMO F	<input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO E <input type="checkbox"/> HMO G <input type="checkbox"/> HMO D <input type="checkbox"/> HMO F <input type="checkbox"/> HMO H
KAISER PERMANENTE	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO C*	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO D* <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO E <input type="checkbox"/> HMO C	<input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO E* <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO D	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO B
SHARP	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO B*	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO B	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO D <input type="checkbox"/> HMO B	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO B
SUTTER HEALTH PLUS	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO B*	<input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO C*	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO B	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO B
UNITED HEALTHCARE		<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO G <input type="checkbox"/> HMO E <input type="checkbox"/> HMO F	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO G <input type="checkbox"/> HMO L <input type="checkbox"/> HMO O <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO H <input type="checkbox"/> HMO M <input type="checkbox"/> HMO P <input type="checkbox"/> HMO F <input type="checkbox"/> HMO J <input type="checkbox"/> HMO N <input type="checkbox"/> HMO Q	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO G <input type="checkbox"/> HMO J <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO H <input type="checkbox"/> HMO K <input type="checkbox"/> HMO E <input type="checkbox"/> HMO I <input type="checkbox"/> HMO L
WESTERN HEALTH ADVANTAGE	<input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO C*	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C* <input type="checkbox"/> HMO B	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO D*	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO B

*HSA con un plan de alto deducible calificado

	Empleado	Cónyuge/Pareja de hecho	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
Médico de atención primaria**					
¿Es paciente actual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
# ID del proveedor					
Ciudad del proveedor					
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que su plan de salud le asigne un médico de atención primaria.					
** Para los planes de beneficios de Kaiser Permanente, EPO y PPO no se requiere un médico de atención primaria (PCP). Si un PCP no tiene contrato con el plan de salud que usted seleccionó antes de inscribirse, o si el PCP no está listado, automáticamente se le asignará uno.					

D Beneficios opcionales - Pregunte a su administrador del plan de salud si su empleador está ofreciendo cualquiera de los beneficios opcionales siguientes.

Se deben llenar las secciones A, B y E de esta solicitud para todos los Beneficios opcionales.

Seguro de vida

Nombre(s) del(los) beneficiario(s)			Fecha de nacimiento	Relación con usted	***Porcentaje	***Tipo de beneficiario
Apellido	Nombre	Inicial	MM/DD/AAAA	(p. ej., cónyuge, amigo, hijo)		
						<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
						<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
						<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario

*** Si lista más de un beneficiario primario o más de un beneficiario secundario, anote el porcentaje del producto del seguro que cada persona debe recibir. El porcentaje del producto del seguro debe equivaler a 100% en cada tipo de beneficiario (primario o secundario). Ningún beneficiario secundario tendrá derecho a ninguna parte del producto del seguro si el beneficiario primario está vivo en el momento del fallecimiento del asegurado.

Cobertura dental

MetLife DHMO† <input type="checkbox"/> MET100 <input type="checkbox"/> MET185	SmileSaver DHMO† <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 3000	Ameritas PPO <input type="checkbox"/> 3000 <input type="checkbox"/> 3500 <input type="checkbox"/> 4000 <input type="checkbox"/> 5000	<input type="checkbox"/> Marque si el dentista seleccionado es el proveedor actual <input type="checkbox"/> Marque si desea que se le asigne un dentista
† Los planes MetLife y SmileSaver DHMO requieren la elección de un dentista familiar. Cuando reciba las tarjetas de ID de atención dental puede elegir otros dentistas para sus dependientes.			(Si se deja en blanco o el dentista no está disponible, se le asignará uno)
Nombre/Consultorio del dentista			# de ID
<input type="text"/>			<input type="text"/>

Cobertura de la vista – IMPORTANTE: Seleccione UNO de los siguientes planes de beneficios

Voluntary EyeMed (proporcionado por Ameritas)* Voluntary VSP (proporcionado por Ameritas)* Vision One Discount Plan (Sin costo)
*El empleado es responsable del 100% del costo si selecciona esta cobertura

Premium Only Plan (P.O.P.)

Deseo que se pague antes de los impuestos mi parte de las primas de seguro elegibles*
* Empleador: anote la selección de este empleado.



E Su reconocimiento legal y acuerdo de arbitraje obligatorio vinculante (lea, firme y fecha donde se indica)

Al presentar esta solicitud firmada, estoy de acuerdo y entiendo que el plan de salud que he escogido por medio del programa CaliforniaChoice® impondrá automáticamente un derecho de retención sobre cualquier pago de fondos de cualquier fuente por los servicios que se presten en conjunción con una lesión que resulte de acciones u omisiones de un tercero.

Estoy de acuerdo, en mi nombre y el de mis dependientes, en quedar sujeto a los beneficios, pagos suplementarios, pagos deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos del contrato del grupo pequeño del plan de salud.

Autorizo a mi médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica u otra instalación con nexos médicos para que proporcione tanto mi información médica protegida como la de mis dependientes, incluidos los expedientes médicos, al plan de salud que he escogido por medio del Programa CaliforniaChoice o sus agentes autorizados con el fin de revisar, investigar o evaluar solicitudes o reclamaciones, y para propósitos de garantía de calidad y revisión de la utilización. Autorizo tanto a CaliforniaChoice como al plan de salud que he escogido y a sus agentes, personas designadas o representantes para que revelen a un hospital, plan de salud, aseguradora o proveedor de atención médica cualquier tipo de información médica protegida si dicha revelación es necesaria para permitir la ejecución de cualquiera de esas actividades. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y tendrá vigencia por un máximo de 30 meses a partir de la fecha en que se firme. Entiendo que yo o la persona autorizada para que actúe en mi representación tengo o tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

He leído y entiendo la información que se me ha entregado sobre los Premium Only Plans y sus consecuencias fiscales.

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California que las declaraciones a continuación son verdaderas, correctas y relativas con respecto al empleador que se menciona en esta solicitud, a mí y a mis dependientes que se mencionan en esta solicitud.

- Trabajo en forma activa y permanente para el empleador y éste considera que reúno los requisitos debido a que trabajo ya sea más de 20 horas o más de 30 horas a la semana, o reúno los requisitos para participar en el programa COBRA/Cal-COBRA.
- No soy empleado eventual, temporal, por día, 1099, ni empleado sustituto, no tengo seguro de la póliza sindical del empleador ni califico para dicho seguro.
- Las fechas de nacimiento de mis hijos son correctas. Mis hijos son mis hijos naturales o los hijos naturales de mi cónyuge/pareja de hecho, o legalmente adoptados, o pupilos legales no temporales, y/o tienen una relación establecida de padre-hijo conmigo o con mi cónyuge/pareja de hecho. **Entiendo** que requiero notificar a CaliforniaChoice cuando una relación establecida de padre-hijo cese de existir.

Entiendo que las declaraciones precedentes quedan sujetas a una auditoría en cualquier momento y **estoy de acuerdo** en entregar a CaliforniaChoice cualquier tipo de información que sea necesaria para comprobar dichas declaraciones.

Todas las declaraciones y respuestas que he proporcionado son verídicas y están completas. **Entiendo** que es un delito realizar deliberadamente un acto o práctica que sea un fraude, o hacer intencionalmente una declaración falsa sobre un hecho material a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro. Entiendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en los documentos de la cobertura y en el contrato de grupo. Si mi plan se rescinde o cancela, recibiré de mi asegurador una notificación de al menos 30 días antes de la fecha de vigencia de la rescisión, en la que se expliquen las razones de la rescisión prevista y mi derecho de apelar tal decisión ante el Comisionado de Seguros en virtud de la subdivisión (b) de la sección 10273.4 del Código de Seguros de California. No obstante la subdivisión (a) de la sección 10273.4 o cualquier otra disposición de la ley, entiendo que después de 24 meses posteriores a la emisión de mi plan de salud o póliza de seguro, mi asegurador no puede rescindir mi plan de salud ni mi póliza de seguro por ninguna razón, y no deberá cancelar mi plan de salud o póliza de seguro, limitar ninguna disposición del plan de seguro o póliza, ni aumentar las primas debido a ninguna omisión, declaración falsa o error en la solicitud, ya sea o no sea intencional.

Entiendo que toda persona, empresa o plan de salud que sufra pérdidas como resultado de declaraciones falsas contenidas en el presente podrá tener motivo para entablar una demanda civil en mi contra con el fin de recuperar sus pérdidas.

- Las declaraciones hechas son la base sobre la cual la cobertura se puede emitir.
- La cobertura se puede cancelar o el contrato del empleador se puede rescindir debido al cometimiento de un acto o práctica que constituya fraude, o por hacer intencionalmente una declaración falsa sobre un hecho material a una compañía de seguros con los propósitos de defraudar a la compañía.
- He LEÍDO, ENTENDIDO, y DOY FE de que yo y mis dependientes hemos cumplido los requisitos de elegibilidad listados en la página 5 de esta solicitud.

Las leyes de California prohíben que los planes de servicio de atención médica requieran o utilicen una prueba de VIH como requisito para obtener cobertura.

ARBITRAJE OBLIGATORIO VINCULANTE

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que utiliza arbitraje obligatorio vinculante para resolver disputas, acepto el arbitraje de reclamaciones que se relacionen con mi afiliación o con la afiliación de un dependiente en el plan de salud (excepto los casos de los tribunales de demandas de menor cuantía y las reclamaciones que no pueden quedar sujetas a arbitraje obligatorio de acuerdo con las leyes vigentes). Entiendo que cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por una parte, y el plan de salud, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por otra parte, por violaciones presuntas de cualquier obligación que surja de la afiliación en el plan de salud o que se relacione con esta, incluida cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación de que los servicios médicos fueron innecesarios, no autorizados, o que se brindaron de manera inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad civil en las instalaciones, o relacionada con la cobertura o suministro de servicios o artículos, independientemente de los principios de derecho, se debe decidir por arbitraje obligatorio bajo las leyes de California y no por juicio o instancia a un proceso judicial, excepto como la ley aplicable disponga la revisión judicial de procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a tener un juicio ante jurado y acepto someterme a arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición completa sobre el arbitraje se encuentra en el documento de cobertura del plan de salud, que se encuentra disponible para que yo lo revise.

Empleado FIRME AQUÍ PARA COBERTURA MÉDICA, DENTAL, Nombre impreso
DE VIDA O DE LA VISTA

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Con mi firma reconozco que he leído la sección E, el arbitraje obligatorio aplicable del plan que seleccioné en la sección C, y mi decisión para inscribirme en la cobertura médica, dental o de la vista que seleccioné en las secciones C y D.

23431



RENUNCIA DE LA COBERTURA MÉDICA/DENTAL

¡IMPORTANTE!

Solo llene esta solicitud si **NO DESEA RECIBIR COBERTURA MÉDICA O DENTAL** para usted ni para sus dependientes que **califiquen**. Si su empleador ofrece seguro de vida, no podrá renunciar a este beneficio y se le requiere que llene una solicitud de inscripción.

No se puede renunciar al seguro para quiropráctica cuando se inscribe a la cobertura médica.

A Información personal

Nombre de la compañía	Teléfono de la compañía # (XXX) XXX-XXXX
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Apellido del empleado	# de Seguro Social del empleado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del empleado	# de grupo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

B Tipo de renuncia

Mi empleador me ha ofrecido cobertura, pero en este momento deseo **NEGARME** a recibir la cobertura de la siguiente manera:

- 1) Cobertura médica para Mí mismo y mis dependientes Cónyuge Pareja de hecho Hijo(s)
- 2) Cobertura dental para Mí mismo y mis dependientes Cónyuge Pareja de hecho Hijo(s)

C Motivos

Se requiere **solo** si el empleado renuncia a la cobertura; no se requiere si solo se renuncia a la cobertura de los dependientes

1) **Motivos de la renuncia a la cobertura médica** Nombre de la aseguradora _____

Cobertura con otro grupo
 Medicare
 Medi-cal
 Póliza individual
 Otro motivo _____ (se requiere explicar)

2) **Motivos de la renuncia a la cobertura dental** Nombre de la aseguradora _____

Cobertura con otro grupo
 Medicare
 Medi-cal
 Póliza individual
 Otro motivo _____ (se requiere explicar)

D Firma

- Entiendo que si no elijo la cobertura ahora, CHOICE Administrators® Insurance Services, Inc. me requerirá que espere para inscribirme hasta el siguiente periodo de inscripciones abiertas del grupo de mi empleador, a menos que experimente un evento que califica/requiere un cambio que me permitiera inscribirme en la cobertura antes del periodo de inscripciones abiertas.
- Entiendo que si no elijo la cobertura DENTAL ahora, CHOICE Administrators Insurance Services, Inc. también puede imponer una exclusión de 6 meses por afección preexistente, y ambas comenzarían en el momento de mi decisión posterior de elegir cobertura DENTAL.
- También entiendo que si mi empleador me ofrece seguro de vida, NO PUEDO RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA.

No se aplicará la disposición sobre la renuncia si: 1) un juez ordena la cobertura de un cónyuge o un hijo y la solicitud de inscripción se presenta en un plazo de 60 días de dicha orden judicial; o 2) el empleado cumple con TODOS los requisitos siguientes: A) tiene cobertura con un plan de salud patrocinado por otro empleador en el momento de la elegibilidad inicial; B) ha añadido a un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, unión de hecho, nacimiento, adopción o colocación para adopción o ha establecido una relación de padre-hijo, y si la inscripción se solicitó dentro de 60 días después del matrimonio, unión de hecho, nacimiento, adopción o colocación para adopción o el establecimiento de una relación de padre-hijo, O el empleado o los dependientes elegibles pierden la cobertura mínima de atención médica, por cualquier razón que no sea incumplimiento del pago de las primas, fraude o declaración falsa intencional de un hecho material; C) solicita la inscripción en un plazo de 30 días de la fecha de la pérdida de la cobertura.

Empleado FIRME AQUÍ PARA RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO Nombre impreso

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)



/ /



Requisitos de elegibilidad para la cobertura familiar

¿Quién puede tener cobertura?

Fechas de vigencia

Requisitos que se **DEBEN** cumplir

Nuevo cónyuge/ Nuevo hijastro	<p>Si se recibe toda la documentación requerida antes del 16.º día del mes del matrimonio, las primas se cobran por todo el mes y la cobertura comienza la fecha del matrimonio.</p> <p>Si se recibe toda la documentación requerida el 16.º día del mes del matrimonio o después, la cobertura comienza el 1.er día del mes <u>posterior</u> a la fecha del recibo de la documentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El nuevo cónyuge debe estar legalmente casado con el empleado ■ El nuevo hijastro también debe cumplir los requisitos para hijos dependientes que se indican abajo
Nacimiento/ Adopción/ Custodia legal/ Hijo dependiente elegible	<p>Si la fecha de nacimiento o colocación es antes del 16.º día del mes, la cobertura comienza el primer día del mes de la fecha de nacimiento o de colocación.</p> <p>Si la fecha de nacimiento o colocación es el 16.º día o después, el niño queda cubierto automáticamente sin costo alguno en el plan del suscriptor entre la fecha del nacimiento o colocación y el primer día del mes <u>siguiente</u>. La cobertura del dependiente comienza el primer día del mes posterior a la fecha de nacimiento o colocación.</p>	<p>Elegibilidad de los dependientes para las coberturas MÉDICA, DE LA VISTA, DE QUIROPRÁCTICA Y METLIFE Y SMILESAVER DENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hijo natural, hijastro, pupilo legal, adoptado por o con una relación establecida de padre-hijo con el empleado o el cónyuge o pareja de hecho de un empleado elegible ■ Menor de 26 años (a menos que esté discapacitado, y la discapacidad se haya diagnosticado antes de los 26 años de edad) <p>Elegibilidad de los dependientes para la cobertura AMERITAS DENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hijo natural, hijastro, pupilo legal, adoptado por o con una relación establecida de padre-hijo con el empleado o el cónyuge o pareja de hecho de un empleado elegible ■ Financieramente dependiente del empleado de acuerdo con las pautas del IRS ■ Soltero o no involucrado en una unión de hecho ■ Menor de 26 años (a menos que esté discapacitado, y la discapacidad se haya diagnosticado antes de los 26 años de edad) <p>Dependientes discapacitados: Los dependientes que no son capaces de mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que existía antes de la edad límite son elegibles para la cobertura hasta que la discapacidad termine. Se solicitará documentación que compruebe la discapacidad. Una vez que el niño cumpla la edad límite para tener cobertura, se debe presentar una verificación de la elegibilidad cada año el día del cumpleaños del niño.</p> <div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Los dependientes deben cumplir con todos los requisitos indicados para poder inscribirse </div>
Pareja de hecho/hijo de la pareja de hecho	<p><u>Durante la inscripción inicial o la renovación anual del grupo:</u> La cobertura comienza en la fecha de vigencia del grupo.</p> <p><u>Pérdida involuntaria de otra cobertura:</u> Se puede agregar la pareja de hecho fuera del periodo de renovación solo si pierde la otra cobertura involuntariamente. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente.</p> <p><u>Adición a medio año:</u> La adición de una pareja de hecho a mitad del año requerirá la presentación de una copia de la declaración de relación de hecho, con sello del estado, de la Secretaría de Estado de California en el lapso de 60 días de su emisión. Si las parejas de hecho han presentado una declaración de relación de hecho y aún no reciben una copia del estado, se aceptará una declaración jurada de relación de hecho firmada. La pareja de hecho acepta proporcionar una copia de la declaración de relación de hecho en un lapso de 60 días de su emisión. Si se recibe toda la documentación requerida antes del 16.º día del mes en el que se establece la unión de hecho, las primas se cobran por todo el mes y la cobertura comienza la fecha del evento. Si se recibe toda la documentación requerida el 16.º día del mes en el que se establece la unión de hecho o después, la cobertura comienza el 1.er día del mes <u>posterior</u> a la fecha del recibo de la documentación.</p>	<p><u>Para que una pareja de hecho califique, el empleado y la pareja de hecho deben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ambos han presentado una declaración de relación de hecho debidamente firmada ante la Secretaría de Estado y proporcionarán copias a CaliforniaChoice® en el lapso de 60 días de su emisión. ■ Aceptar notificar a CaliforniaChoice inmediatamente a la terminación de la unión de hecho. <p><u>Los hijos de la pareja de hecho también deben cumplir los requisitos para hijos dependientes que se indican arriba</u></p> <div style="background-color: black; color: white; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 20px;"> El empleado y la pareja de hecho deben cumplir con todos los requisitos indicados para poder inscribirse </div>

