

SOLICITUD DE CAMBIO

- **EMPLEADOS: USEN ESTE FORMULARIO PARA ACTUALIZAR SUS DATOS PERSONALES O AGREGAR/CANCELAR COBERTURA**
- **NO USE ESTE FORMULARIO PARA CAMBIAR DE MÉDICO O DE DENTISTA**
- **DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO AL ADMINISTRADOR DEL PLAN DE SALUD**

1 Información del empleado

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE Y USE TINTA NEGRA O AZUL

Apellido del empleado												Núm. de Seguro Social del empleado							
Primer nombre del empleado												Inicial del 2º nombre				Núm. de grupo de CaliforniaChoice			

NOMBRE DEL EMPLEADOR/LA COMPAÑÍA

2 Cambio de nombre/domicilio

SÓLO LLENE ESTA SECCIÓN SI ESTÁ REPORTANDO UN CAMBIO DE NOMBRE/DOMICILIO

TIPO DE CAMBIO: NOMBRE DOMICILIO (SI EL CAMBIO DE DOMICILIO REQUIERE UN CAMBIO DE PLAN DE SALUD, LLENE UNA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN NUEVA Y ADJÚNELA A ESTE FORMULARIO.)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	TELÉFONO DE CASA ()
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

3 Cambio de cobertura

SÓLO LLENE ESTA SECCIÓN SI ES UN EMPLEADO ACTIVO QUE DESEA AGREGAR O CANCELAR UNA COBERTURA

LOS ADMINISTRADORES DE BENEFICIOS DE CALIFORNIA CHOICE DEBEN RECIBIR ESTE FORMULARIO A MÁS TARDAR 31 DÍAS DESPUÉS DE QUE OCURRA EL INCIDENTE PARA PODER CALIFICAR PARA COBERTURA.

LAS **CANCELACIONES** DE LA COBERTURA ENTRARÁN EN VIGENCIA EL **ÚLTIMO DÍA** DEL MES **DESPUÉS** DE QUE LOS ADMINISTRADORES DE BENEFICIOS DE CALIFORNIA CHOICE **RECIBAN** SU SOLICITUD.

LAS **ADICIONES** DE LA COBERTURA ENTRARÁN EN VIGENCIA EL **PRIMER DÍA** DEL MES **ANTES DE QUE OCURRA EL INCIDENTE** (MATRIMONIO, NACIMIENTO, ADOPCIÓN). *ADJUNTE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE MATRIMONIO, UN COMPROBANTE DE NACIMIENTO (CERTIFICADO, ANUNCIO DE NACIMIENTO) O DE LOS DOCUMENTOS LEGALES CORRESPONDIENTES.

QUIENES SELECCIONEN COBERTURA DE DEPENDIENTES TANTO MÉDICA COMO DENTAL DEBEN INSCRIBIR A LOS MISMOS DEPENDIENTES. (SI EL EMPLEADO SELECCIONA SÓLO LA MÉDICA, CUALQUIER COBERTURA DENTAL PARA DEPENDIENTES ES ACEPTABLE. SI SÓLO ESCOGE LA DENTAL, CUALQUIER COBERTURA MÉDICA PARA DEPENDIENTES ES ACEPTABLE.)

SI SE APLICA: FECHA DEL MATRIMONIO/DIVORCIO SI AGREGA/CANCELA LA COBERTURA DEL CÓNYUGE: SI ES TUTELA DE MENORES, ANOTE LA FECHA DE ADOPCIÓN: MOTIVO DE LA CANCELACIÓN:

*ADJUNTAR UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE MATRIMONIO *ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS LEGALES

Tipo de cobertura	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	¿Estudiante de tiempo completo?	¿Dependiente discapacitado?	SÓLO MÉDICA		✓ marque si es el médico actual
							Médico de atención primaria	Núm. de identificación	
EMPLEADO <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Cancelar (Voluntary Vision)			— —	/ /					
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho*	*Se requiere declaración jurada si se agrega a la cobertura una pareja de hecho								
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista (Voluntary Vision)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	— —	/ /					
H I J O S	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista (Voluntary Vision)	<input type="checkbox"/> Hijo	— —	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista (Voluntary Vision)	<input type="checkbox"/> Hijo	— —	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista (Voluntary Vision)	<input type="checkbox"/> Hija	— —	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista (Voluntary Vision)	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	— —	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

OBSERVACIÓN: Si el Apellido del cónyuge o de los hijos es diferente al del empleado, por favor explique:

†Al agregar a mi dependiente o dependientes y firmar el presente documento declaro so pena de perjurio, y conforme a las leyes del estado de California, que las declaraciones que figuran a continuación son verdaderas y correctas con respecto a los dependientes antes mencionados que estoy inscribiendo, según corresponda:

Mi cónyuge y yo estamos legalmente casados conforme lo reconoce el estado de California.

Las fechas de nacimiento de mis hijos son correctas. Mis hijos están solteros y dependen económicamente de mí según se define en las pautas del IRS (Servicio de Impuestos Internos). Mi cónyuge/pareja de hecho o yo procreamos a mis hijos o los adoptamos legalmente. Entiendo que la cobertura para las parejas de hecho y sus dependientes es una opción que mi Empleador debe haber seleccionado.

Entiendo que en cualquier momento se me puede pedir un comprobante legal para respaldar las declaraciones anteriores.

Entiendo que dar declaraciones falsas y/o no proporcionar la información que se solicite resultará en el término de todos los beneficios de CaliforniaChoice 15 días después de la fecha de notificación del término de beneficios, y a partir de entonces se me responsabilizará de todos los servicios y cargos en que se incurran con los proveedores del Programa CaliforniaChoice.

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

¡LEA Y FIRME AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO!

CC 0500SP 10/2003

4 Cambio de beneficiario de seguro de vida

SÓLO LLENE ESTA SECCIÓN SI DESEA CAMBIAR EL BENEFICIARIO ACTUAL EN SU SEGURO DE VIDA

Por medio de la presente revoco cualquier designación previa de beneficiario y disposiciones convenidas y hago la designación de beneficiario a continuación con respecto a cualquier seguro pagadero a mi muerte conforme al plan de grupo (incluido cualquier seguro colectivo de vida o seguro colectivo por muerte accidental y pérdida de miembros):

Nombre o nombres del beneficiario:			Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Relación con usted (por ej., cónyuge, amigo, hijo)	*Porcentaje	Primario o †secundario
Apellido	Primer nombre	Inicial del 2º nombre				
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			

*Si lista más de un beneficiario o beneficiario contingente, anote el porcentaje del pago de seguro que cada persona debe recibir.

Salvo que se disponga lo contrario, si se designa más de un beneficiario primario, el beneficiario o beneficiarios primarios que estén vivos en el momento de la muerte del empleado tendrán derecho al seguro en forma equitativa si son más de uno. †Sin embargo, si la designación incluye beneficiarios primarios y secundarios, ningún beneficiario o beneficiarios secundarios tendrán derecho a ninguna parte de dicho seguro si uno de los beneficiarios primarios está vivo en el momento de la muerte del empleado.

Si no hay beneficiario designado que esté vivo en el momento de la muerte del empleado, el seguro se pagará conforme a los términos del plan.

Se reserva el derecho del empleado de cambiar esta designación conforme a los términos del plan.

FIRMA DEL CÓNYUGE
(Se requiere si el beneficiario
no es el cónyuge)

FECHA

OBSERVACIÓN: Se considerará que este cambio entra en vigencia el día en que lo reciba CaliforniaChoice.

Su reconocimiento LEGAL (lea, firme y ponga la fecha a continuación)

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, o de asegurarse de la calidad y de revisar 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 al 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 una persona autorizada para que actúe en mi representación tenemos 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 so pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California de que las declaraciones a continuación son verdaderas, correctas y relativas al Empleador que se menciona en la presenta solicitud, a mí y a mis dependientes que se mencionan en la misma:

- Trabajo en forma activa y permanente para el Empleador y éste considera que reúno los requisitos debido a que trabajo más de 20 o más de 30 horas a la semana, o reúno los requisitos para participar en el programa COBRA/Cal-COBRA.
- No soy empleado eventual, temporero, por día ni 1099, ni tengo seguro de la póliza sindical del Empleador ni califico para dicho seguro.
- Las fechas de nacimiento de mis hijos son correctas. Mis hijos están solteros y dependen económicamente de mí según se define en las pautas del IRS (Servicio de Impuestos Internos). Mi cónyuge y yo somos los padres naturales de nuestros hijos o los adoptamos legalmente. O, **si mi empleador permite la cobertura para parejas de hecho**, mi pareja y yo somos los padres naturales o adoptivos de nuestros hijos.

Entiendo que las declaraciones previas 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.

Entiendo que dar declaraciones falsas y/o no proporcionar la información que se solicite resultará en el término de todos los beneficios de CaliforniaChoice 15 días después de la fecha de notificación del término de beneficios, y a partir de entonces se me responsabilizará de todos los servicios y cargos en que se incurran con los proveedores del Programa CaliforniaChoice.

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.

Empleado: **FIRME AQUÍ**

Fecha:



PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE CALIFORNIACHOICE

CÓDIGO DEL PLAN

PROCESADO

NÚM. DE EMPLEADO

FECHA DE VIGENCIA