

Formulario de solicitud de cambio

Marque aquí si los cambios entrarán en vigencia a la renovación

Complete los pasos A a E según corresponda

- No use este formulario para cambiar a su médico o dentista
- Envíe por fax el formulario lleno a (714) 558-8000 o por correo electrónico al: memberprocessing@calchoice.com

A Llene la información del empleado

Apellido del empleado

de Seguro Social del empleado

Nombre del empleado

Inicial # de grupo

Marque aquí si la dirección es nueva: Dirección residencial Dirección postal (Los cambios de dirección entrarán en vigencia el primer día del mes posterior al recibo de la solicitud)

Dirección residencial (no usar apartados postales) Apt. # Ciudad

Estado Código postal Condado Teléfono # (XXX) XXX-XXXX - -

Nombre de la compañía

Cambio/Corrección del nombre

Nuevo nombre Nueva inicial

Nuevo apellido

B Solo llene para cancelar la cobertura o añadir dependientes

Las **cancelaciones** de la cobertura entrarán en vigencia el **último día** del mes **posterior al recibo** de su solicitud por CaliforniaChoice®. Las cancelaciones en el periodo de renovación entrarán en vigencia en la fecha de renovación del grupo.

Adiciones (evento calificador/que requiere un cambio): Vea en el manual administrativo las pautas sobre la fecha de vigencia con base en el evento calificador/que requiere un cambio.

Adiciones (a la renovación): La cobertura entrará en vigencia en la fecha de renovación del grupo.

CaliforniaChoice debe recibir este formulario **a más tardar 60 días** después de que ocurra el evento si es fuera del periodo de renovación.

SI CORRESPONDE:

Fecha del matrimonio*/divorcio si se añade o cancela un cónyuge MM/DD/AAAA En caso de la custodia de un niño*, ingrese la fecha de adopción MM/DD/AAAA Motivo de la cancelación

*Adjunte una copia de la licencia y/o acta de matrimonio según corresponda *Adjunte una copia de la documentación legal

	Empleado	Cónyuge/Pareja de hecho	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
	Cancelar	Añadir Cancelar	Añadir Cancelar	Añadir Cancelar	Añadir Cancelar
Tipo de cobertura	Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Voluntary Vision <input type="checkbox"/>	Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Voluntary Vision <input type="checkbox"/>	Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Voluntary Vision <input type="checkbox"/>	Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Voluntary Vision <input type="checkbox"/>	Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Voluntary Vision <input type="checkbox"/>
Apellido					
Nombre					
# de Seguro Social	# de Seguro Social ¡se requiere!				
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
Fecha de nacimiento	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 más dependientes, complete las secciones A y B de otro formulario de solicitud de cambio.

EN CASO DE ADICIÓN DE UNO O MÁS DEPENDIENTES: Al firmar este documento, declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California, que las siguientes declaraciones referentes a la inscripción de los dependientes son verídicas y correctas, según corresponda:

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

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 en cualquier momento se me puede pedir un comprobante legal de todo lo mencionado.

(continúa en la siguiente página)

LEA Y FIRME ESTE FORMULARIO

50415



EN CASO DE ADICIÓN DE UNO O MÁS DEPENDIENTES (continuación)

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 esta declaración puede 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.

IMPORTANTE: Respecto a los pasos C y D, solo se permiten cambios al plan durante el periodo de renovación. Sin embargo, los empleados que adquieran un dependiente nuevo (p. ej., un recién nacido, un cónyuge nuevo, etc.) pueden cambiar su cobertura fuera del periodo de renovación.

C Solo llene para añadir/cambiar su plan de beneficios

(MARQUE UNA OPCIÓN) AÑADIR CAMBIAR

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"/> EPO A <input type="checkbox"/> PPO C <input type="checkbox"/> EPO B*	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> PPO A <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> PPO B <input type="checkbox"/> PPO C <input type="checkbox"/> PPO D	<input type="checkbox"/> HMO A
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 D <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO E <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO F	<input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO D <input type="checkbox"/> HMO E
KAISER PERMANENTE	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C*	<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 B	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO B
OSCAR	<input type="checkbox"/> EPO A* <input type="checkbox"/> EPO C <input type="checkbox"/> EPO B	<input type="checkbox"/> EPO A* <input type="checkbox"/> EPO C <input type="checkbox"/> EPO B <input type="checkbox"/> EPO D	<input type="checkbox"/> EPO A <input type="checkbox"/> EPO C <input type="checkbox"/> EPO B <input type="checkbox"/> EPO D	<input type="checkbox"/> EPO A <input type="checkbox"/> EPO 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
UNITEDHEALTHCARE	<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 D	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO B <input type="checkbox"/> HMO E	<input type="checkbox"/> HMO A <input type="checkbox"/> HMO C <input type="checkbox"/> HMO B
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 B

*HSA con un plan de alto deducible calificado

	Empleado	Cónyuge/Pareja de hecho	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
Apellido					
Nombre					
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					

Marque aquí si desea que su plan médico le asigne un médico de atención primaria.

** Si va a cambiar de plan médico, seleccione a un médico de atención primaria (PCP). Para los planes de beneficios de Kaiser Permanente, EPO y PPO no se requiere un PCP. Si un PCP no tiene contrato con el plan médico por usted seleccionado antes de inscribirse, o si el PCP no está listado, automáticamente se le asignará uno. Si permanece con el mismo plan médico, pero cambia su plan de beneficios, comuníquese directamente con su plan médico para confirmar su PCP. Si solamente va a cambiar de PCP, comuníquese directamente con su plan médico.

(continúa en la siguiente página)



D Solo llene para añadir/cambiar beneficios opcionales**Cambiar/Añadir al diseño de beneficios dentales**(MARQUE
UNA
OPCIÓN) **AÑADIR**
 CAMBIARSmileSaver DHMO[†] 1000 3000

Ameritas PPO

 3000 3500 4000 5000[†] Los planes 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.

Nombre del dentista (Si se deja en blanco o el dentista no está disponible, se le asignará uno)

de ID

 Marque si el dentista actual Marque si desea que se le asigne un dentista**Cambiar/Añadir Voluntary Vision**(MARQUE
UNA
OPCIÓN) **AÑADIR**
 CAMBIAR Voluntary EyeMed (proporcionado por Ameritas)* Vision One Discount Plan (Sin costo) Voluntary VSP (proporcionado por Ameritas)*

*El empleado es responsable del 100% del costo si selecciona esta cobertura

Cambio de beneficiario del seguro de vida

Llene solo si desea cambiar el beneficiario actual de su seguro de vida. Este cambio entrará en vigencia la fecha en que se firmó.

Yo, por medio de la presente, revoco cualquier designación de beneficiario y disposiciones de conciliación anteriores, y hago la siguiente designación de beneficiario con respecto a cualquier seguro pagadero a mi fallecimiento bajo el plan de grupo (incluido cualquier seguro de vida de grupo o seguro de muerte y desmembramiento accidentales de grupo):

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

* Si lista a más de un beneficiario primario o a 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. Para listar más beneficiarios, adjunte otra hoja y complete la sección D.

E Su reconocimiento legal y acuerdo de arbitraje obligatorio vinculante

(lea, firme y feche 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.

(continúa en la siguiente página)

E

Su reconocimiento legal y acuerdo de arbitraje obligatorio vinculante (continuación)

(lea, firme y feche donde se indica)

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

Nombre impreso

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.

50415



Requisitos de elegibilidad para la cobertura familiar

¿Quién puede tener cobertura?

Fechas de vigencia

Requisitos que se **DEBEN** cumplir

<p>Nuevo cónyuge/ Nuevo hijastro</p>	<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
<p>Nacimiento/ Adopción/ Custodia legal/ Hijo dependiente elegible</p>	<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 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> <p style="background-color: black; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Los dependientes deben cumplir con todos los requisitos indicados para poder inscribirse</p>
<p>Pareja de hecho/hijo de la pareja de hecho</p>	<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> <p style="background-color: black; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold;">El empleado y la pareja de hecho deben cumplir con todos los requisitos indicados para poder inscribirse</p>

