

**FORMULARIO DE ELECCIÓN DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA GRUPAL**  
(20 ó más empleados)



Fecha de distribución \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_

Fecha de expiración de periodo de elección \_\_\_\_\_

- Este formulario debe completarse ya sea que desee solicitar la continuación de la cobertura o declinarla.
- **Para continuar la cobertura**, complete todas las secciones. **Para declinar la cobertura**, complete sólo las secciones 1, 2 y 5.
- Regrese el formulario completado a su empleador antes que expire el periodo de elección (ver arriba).

**Escriba en letra de molde o a máquina.**

**SECCIÓN 1 INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE CALIFICACIÓN**

Apellido	Primer nombre	Inicial 2º nombre	Núm. de seguro social	Núm. de grupo
Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal
Núm. telefónico diurno				
Fecha de nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		

**SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DE EVENTO QUE CALIFICA**

**Soy elegible para la continuación de la cobertura médica debido a (marque una):**

Terminación del empleo o reducción del horario

Divorcio de un empleado cubierto – Fecha del evento: \_\_\_\_\_

El dependiente cubierto no reúne más los requisitos de elegibilidad – Fecha del evento: \_\_\_\_\_

Fallecimiento de un empleado cubierto

**¿Alguien más solicita la continuación de cobertura mediante otro seguro grupal?**  Sí  No

Si la respuesta es sí, nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros \_\_\_\_\_

**Si usted no es el empleado cubierto**, proporcione el nombre y número de seguro social del empleado con la cobertura primaria en la póliza: Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 3 TARIFAS DE LAS PRIMAS DE CONTINUACIÓN**

Después de inscribirse, el empleador debe recibir cada pago de la prima **antes del primer día de cada mes** para el cual desea continuar la cobertura. Se concederá un periodo de gracia de 30 días para el pago de cada prima. Se cancelará su cobertura si el empleador no recibe el pago de su prima a tiempo.

Puede continuar cualquier cobertura que tenía antes del evento calificador que aparece en la Sección 2. Pregunte a su empleador si tiene preguntas acerca de esta cobertura. **Por favor, indique su selección de cobertura** (sólo médico, médico + dental, o sólo dental\*) **y el nivel de participación de su familia** marcando sólo *una casilla* a continuación:

\*La continuación de la cobertura sólo dental sólo está disponible si se autoriza a los empleados activos renunciar a la cobertura médica y elegir sólo la cobertura dental.

Cobertura	Sólo Empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Familia	Empleado + Hijos
<b>Sólo Médico</b>	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$
<b>Médico + Dental</b>	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$
<b>Sólo Dental</b>	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$

**SECCIÓN 4 CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES**

**Por favor mencione a todos los familiares dependientes que continúan la cobertura.**

Apellido	1º nom.	Inicial 2º nom.	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco	Apellido	1º nom.	Inicial 2º nom.	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco

**SECCIÓN 5 FIRMA DE LA PERSONA QUE CALIFICA**

**ACEPTO:** He leído y entiendo el aviso de derechos en el reverso. Mediante el presente documento **solicito** la continuación de la cobertura como se indica anteriormente. Entiendo que no pagar de forma oportuna las primas obligatorias resultará en la pérdida permanente de esta cobertura. Mientras goce de cobertura de manera expresa autorizo a cualquier médico con licencia, hospital, compañía aseguradora o persona que tenga cualquier registro o conocimiento de mi salud o la salud de cualquier familiar enumerado a entregar a PacificSource cualquier registro respecto a mí o a cualquier familiar nombrado en esta solicitud para el propósito de recolectar información en relación con un reclamo de beneficios. Una copia fotográfica de la autorización tendrá la misma validez que el original.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DECLINO:** He leído y entiendo el aviso de derechos para continuar la cobertura de salud en el reverso. Mediante el presente documento **declino** la continuación de cobertura disponible para mí como resultado del evento calificador indicado anteriormente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

# NOTIFICACIÓN DEL DERECHO A CONTINUAR LA COBERTURA DE SALUD GRUPAL

## Eventos calificadores y periodo de continuación

Los siguientes eventos calificadores dan derecho por lo demás a las personas elegibles a continuar la cobertura conforme al plan grupal del empleador durante los periodos de tiempo enumerados a continuación. Cada persona cubierta o beneficiario calificado (empleado, cónyuge o hijo dependiente) puede elegir la continuación de forma junta o separada.

<b>Evento calificador</b>	<b>Periodo de continuación</b>
Terminación del empleo o reducción del horario.	El empleado, cónyuge e hijos pueden continuar hasta por 18 meses. <sup>1</sup>
Divorcio del empleado.	Cónyuge e hijos pueden continuar hasta por 36 meses. <sup>2</sup>
Elegibilidad del empleado para beneficios de Medicare	Cónyuge e hijos pueden continuar hasta por 36 meses.
Muerte del empleado.	Cónyuge e hijos pueden continuar hasta por 36 meses. <sup>2</sup>
El hijo o hija ya no califica como dependiente.	El hijo o hija puede continuar hasta por 36 meses. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Si la Administración del Seguro Social determina que el empleado está discapacitado dentro de los primeros 60 días de la cobertura de COBRA, la cobertura puede continuar hasta por 29 meses.

<sup>2</sup> El periodo máximo de continuación es 36 meses, incluso si sucede un segundo efecto calificador. Un segundo evento calificador puede ser un divorcio, fallecimiento o si el hijo ya no califica como dependiente después de la terminación del empleo o la reducción del horario.

## Finalización de la cobertura

La continuación de su cobertura finalizará antes del final del periodo de continuación mencionado anteriormente si sucede cualquiera de lo siguiente:

- No se paga a tiempo su prima de continuación;
- Usted obtiene cobertura bajo otro plan de salud grupal que no excluye o limita el tratamiento para sus afecciones preexistentes;
- Usted obtiene derecho a los beneficios de Medicare;
- El grupo descontinúa su plan de salud y ya no ofrece un plan de salud grupal a ninguno de sus empleados.

## Tipo de cobertura

Usted puede continuar cualquier cobertura que tenía antes del evento calificador. Si su empleador proporciona cobertura médica y dental y usted estaba inscrito en ambas, puede continuar la cobertura médica y dental o sólo la médica. Si su empleador proporciona sólo un tipo de cobertura, o si usted estaba inscrito en un solo tipo de cobertura, usted puede continuar sólo dicha cobertura.

Su empleador tiene derecho a modificar los beneficios de su plan de salud o eliminar el plan totalmente. Si eso sucede, cualquier modificación al plan de salud grupal también se aplicará a todos los que estén inscritos en la continuación de la cobertura.

## Cobertura de los dependientes

Para continuar la cobertura para sus dependientes elegibles, usted debe enumerar a sus familiares en la Sección 4 en el reverso de este formulario. Si sus dependientes no estaban cubiertos antes del evento calificador, pueden inscribirse ahora o después conforme a las mismas reglas que aplican para los empleados activos (incluyendo disposiciones para inscripciones tardías).

## Fecha límite de inscripción

Para continuar la cobertura, debe devolver este formulario a su empleador dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de finalización de su cobertura grupal, o la fecha de finalización de su periodo de elección (indicada en el reverso), lo que ocurra más tarde. Si no devuelve su formulario de elección de continuación antes de la fecha límite, su cobertura finalizará en el último día que fue elegible bajo la póliza de salud grupal.

## Pagos de las primas por la continuación de la cobertura

El costo de la continuación de la cobertura es su responsabilidad. Excepto por su prima inicial, usted debe pagar su prima al empleador antes del primer día de cada mes para el que desea cobertura. Debe pagar su prima inicial a más tardar 45 días después de enviar su formulario de elección de continuación a su empleador. El empleador incluirá su prima de continuación con el pago mensual grupal a PacificSource. PacificSource no puede aceptar el pago de la prima directamente de usted. Si su prima no se paga a tiempo, su cobertura finalizará. Si su cobertura se cancela debido a un pago omitido, no se reestablecerá por ninguna razón. Las tarifas de las primas se establecen de forma anual y pueden ajustarse si se modifican los beneficios o costos del plan.