



# Formulario de Elección de COBRA Federal

Health Net Health Plan of Oregon, Inc.

Para elegir la continuidad de cobertura COBRA, complete este formulario de elección y devuélvaselo a su empleador. Conforme a las leyes federales, usted tiene 60 días a partir de la fecha en que termina su cobertura para decidir si desea o no elegir la continuidad de cobertura COBRA.

Nombre del empleador:	N.º del Grupo:
Nombre del empleado:	N.º de Seguro Social:

Tipo de evento que califica

Fecha del evento que califica (ingrese la fecha): \_\_\_\_\_

18 meses	29 meses	36 meses
Empleado (y dependiente, si corresponde) que pierde la cobertura debido a: <input type="checkbox"/> Terminación del empleo <input type="checkbox"/> Reducción de las horas	<input type="checkbox"/> Beneficiario calificado discapacitado (Nombre)  Adjunte una copia del Aviso de Adjudicación del SSI	Dependiente/s que pierde/n la cobertura debido a: <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> Suscriptor elegible para Medicare <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor <input type="checkbox"/> Pérdida del estado de hijo dependiente

He leído el aviso específico de mis opciones de COBRA proporcionado por el empleador. Entiendo que soy elegible para pagar por mi cuenta mi actual cobertura de salud grupal de Health Net Health Plan of Oregon durante la cantidad máxima de meses permitida por las leyes federales. Mi elegibilidad para la continuidad de cobertura COBRA terminará cuando adquiera derecho a Medicare u obtenga la cobertura de otro plan de salud de grupo.

**Sí**, deseo continuar con el seguro médico grupal a través de COBRA.

1. Entiendo que debo pagar cualquier prima requerida adeudada al Titular del Contrato Grupal de Health Net (empleador) todos los meses a más tardar en la fecha especificada por el empleador.

2. Deseo elegir la opción de COBRA para:

- Sólo empleado                       Empleado y familiares asegurados                       Familiares asegurados  
 Sólo cobertura Médica                       Sólo cobertura Dental                       Cobertura Médica y Dental

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**No**, no me interesa continuar con mi seguro médico grupal a través de COBRA.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

EMPLADOR - Conserve el original y envíe una copia de todo el formulario a Health Net.

Enumere todos los dependientes que solicitan cobertura	Sección obligatoria
Nombre del dependiente que califica:	N.º de Seguro Social:
Nombre del dependiente que califica:	N.º de Seguro Social:
Nombre del dependiente que califica:	N.º de Seguro Social:

Se adjunta otra página con la información requerida para los dependientes adicionales.

**Nota:** Una pareja doméstica, aunque sea una Pareja Doméstica Registrada en Oregon o una Pareja Doméstica Registrada en el Estado de Washington, no es elegible para la continuidad de cobertura COBRA federal.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc., 13221 SW 68th Pkwy., Tigard, Oregon 97223 • 1-888-802-7001 • www.healthnet.com

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.