



# Formulario de Elección de Cobertura de la COBRA Federal

**AVISO PARA EL AFILIADO:**

**Para elegir la continuidad de la cobertura de la COBRA, complete este formulario de elección y envíeselo a su empleador.**

Conforme a la ley federal, tiene 60 días desde la fecha en que termina la cobertura para decidir si quiere elegir la continuidad de la COBRA.

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

**Tipo de hecho calificador** Fecha del hecho calificador (ingrese la fecha): \_\_\_\_\_

18 meses	29 meses	36 meses
El empleado (y sus dependientes, si corresponde) pierde cobertura debido a: <input type="checkbox"/> Terminación del empleo. <input type="checkbox"/> Reducción de las horas de trabajo.	<input type="checkbox"/> Beneficiario calificado con una discapacidad. Nombre: _____  Adjunte una copia del <i>Aviso de Asignación</i> del ingreso suplementario del Seguro Social.	Los dependientes pierden 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 sobre las opciones de la COBRA que me brindó mi empleador. Entiendo que soy elegible para pagar mi propia cobertura de salud grupal de Health Net actual por la cantidad de meses permitidos conforme a la ley federal. Mi elegibilidad para la continuidad de la COBRA finalizará cuando reúna los requisitos para Medicare o reciba cobertura de otro plan de salud grupal.

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

1. Comprendo que debo pagar las primas requeridas al titular del contrato grupal de Health Net (empleador) todos los meses en la fecha estipulada por el empleador.

2. Quiero elegir la opción de la COBRA para:

- |                                                       |                                                                  |                                                                 |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> El titular únicamente.       | <input type="checkbox"/> El titular y los familiares asegurados. | <input type="checkbox"/> Familiares asegurados.                 |
| <input type="checkbox"/> Cobertura médica únicamente. | <input type="checkbox"/> Cobertura dental únicamente.            | <input type="checkbox"/> Coberturas médica y dental únicamente. |

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

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

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

EMPLEADOR: Conserve el original y envíe una copia del formulario completo a Health Net.

Enumere todos los dependientes que recibirán cobertura	Información requerida
Nombre del dependiente calificado:	N.º de Seguro Social:
Nombre del dependiente calificado:	N.º de Seguro Social:
Nombre del dependiente calificado:	N.º de Seguro Social:

Adjunto otra página con la información requerida de los dependientes adicionales.

**Nota:** Las parejas domésticas registradas o no registradas no son elegibles para la continuidad de la COBRA federal.