



ChoiceBuilder®

721 South Parker, Suite 140, Orange, CA 92868
Teléfono: (866) 412-9279 • Fax: (866) 412-9280
www.choicebuilder.com

Responsabilidad LEGAL del empleador sobre la cobertura COBRA

Estimado Empleador:

Por ley, se requiere que notifique a todos los beneficiarios calificados de COBRA/Cal-COBRA sobre los cambios al plan de seguro médico dentro de periodos de tiempo especificados. Pregunte a su compañía aseguradora actual quién está inscrito o quién es elegible para inscribirse en la cobertura de continuación COBRA/Cal-COBRA.

COBRA federal

Por lo general los grupos con 20+ empleados

Es responsabilidad del empleador notificar a todos los beneficiarios calificados de COBRA de cualquier cambio en el plan con un mínimo de 30 días antes del cambio, o cuando se notifique a todos los empleados inscritos (la fecha que sea posterior). También es responsabilidad del empleador proporcionar a todos los beneficiarios calificados de COBRA información sobre los beneficios y la prima de ChoiceBuilder®, materiales sobre la inscripción e instrucciones para inscribirse con ChoiceBuilder.

Cal-COBRA

Por lo general los grupos con 2 a 19 empleados

El grupo debe notificar a su plan anterior la intención del empleador de terminar la cobertura. Deben notificar a los beneficiarios calificados de la terminación del plan con un mínimo de 30 días antes de la terminación o cuando todos los empleados sean notificados (la fecha que sea posterior).

Notifique por escrito a ChoiceBuilder no después del 25.º día del primer mes de la cobertura relleno la sección que aparece abajo sobre los beneficiarios calificados que actualmente reciben la cobertura o que se encuentran en su periodo de elección de Cal-COBRA. Entonces ChoiceBuilder les proporcionará la información necesaria sobre la prima, los formularios de inscripción y las instrucciones que permiten que los beneficiarios calificados continúen con la cobertura.

IMPORTANTE: ChoiceBuilder debe recibir un formulario de inscripción relleno de cada suscriptor en COBRA/Cal-COBRA no después del último día del primer mes de la cobertura del grupo. (La única excepción es para aquellos beneficiarios calificados cuya fecha del evento calificador/desencadenante ocurrió en el mes inmediatamente anterior a la fecha de vigencia del grupo con ChoiceBuilder, ellos tienen hasta el 60.º día de su periodo de elecciones, no después del último día del segundo mes de la cobertura con ChoiceBuilder.)

Proporcione a continuación la información de los beneficiarios calificados de COBRA/Cal-COBRA actuales.

Ejemplo: Los empleados cubiertos bajo un plan de grupo actual pero que terminarán su cobertura antes de la fecha de vigencia de la cobertura de ChoiceBuilder. Use hojas adicionales si es necesario.

Este formulario no se puede usar para terminar a un empleado. Rellene el formulario Notificación de terminación del empleado que se encuentra en nuestro sitio web: www.choicebuilder.com.

Nombre	Dirección residencial actual	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Evento calificado/ desencadenante: (Fecha y razón)

SI NO PROPORCIONA ESTA INFORMACIÓN A CHOICEBUILDER, NOS ESTÁ ABSOLVIENDO DE TODA RESPONSABILIDAD.

Nombre del grupo

Grupo #

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en letra de imprenta

Firma

Enviar por FAX al (866) 412-9280 — Atención: Centro de Servicio al Cliente