

## Notificación general sobre el ARP y notificación sobre la elección de la Continuación de cobertura de COBRA

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE: Continuación de cobertura de COBRA y otras alternativas de cobertura médica**

Esta notificación contiene información importante sobre sus derechos relacionados con la continuación de la cobertura de atención médica en el plan de salud de su empleador (*el Plan*) y otras opciones de cobertura médica que pueden estar disponibles para usted, incluida la cobertura a través de Medicaid o de Health Insurance Marketplace<sup>®1</sup>. Para inscribirse a una cobertura de Marketplace, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). En la mayoría de los estados, se usa [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) para solicitar e inscribirse en la cobertura médica; si su estado tiene su propia plataforma de Marketplace, puede encontrar información de contacto aquí: [www.HealthCare.gov/marketplace-in-your-state/](http://www.HealthCare.gov/marketplace-in-your-state/).

**Para obtener información sobre las fechas de elegibilidad de COBRA, las opciones de cobertura adicionales y el costo de la cobertura de COBRA, consulte el aviso correspondiente en inglés que recibió por correo. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con Pinnacle al (866) 435-0441.**

Antes de tomar su decisión, lea atentamente la información de esta notificación. Si elige la continuación de cobertura de continuación COBRA, utilice el Formulario de elección provisto más adelante en esta notificación.

El Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP) provee asistencia temporal para primas para la continuación de cobertura COBRA y, si el empleador elige ofrecer la posibilidad, una oportunidad para cambiarse a otra opción de plan médico que ofrezca el empleador. La asistencia para primas está disponible para determinados individuos que sean elegibles para una continuación de cobertura COBRA por un evento calificador que sea una reducción de horas o un despido involuntario. Si califica para la asistencia para primas, no necesita pagar ninguna de las primas de COBRA que, de otro modo, debería abonar al plan. Esta asistencia para primas está disponible desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Si prolonga su continuación de cobertura COBRA después de esa fecha, deberá pagar el monto total. Sin embargo, cuando finalice su asistencia para primas, puede calificar para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura a través de Health Insurance Marketplace<sup>®</sup> (consulte la sección sobre "Health Insurance Marketplace<sup>®</sup>" abajo).

Para determinar si es elegible para la asistencia para primas de COBRA conforme al ARP, lea con atención esta notificación y el documento adjunto titulado "Resumen de las disposiciones sobre la asistencia para las primas de COBRA conforme al Plan de Rescate Estadounidense de 2021". **Si considera que califica para elegir la continuación de cobertura COBRA con asistencia temporal para primas, complete la "Solicitud de tratamiento como individuo**

---

<sup>1</sup> Health Insurance Marketplace<sup>®</sup> es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**elegible para la asistencia" y reenvíelo al plan médico con su Formulario de elección completado.**

### **¿Por qué recibí esta notificación?**

Recibió esta notificación porque su cobertura bajo el Plan finalizará, debido a [*marque la caja correspondiente*]:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Renuncia voluntaria al trabajo   | <input type="checkbox"/> Reducción de horas laborales             |
| <input type="checkbox"/> Despido involuntario del trabajo | <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal              |
| <input type="checkbox"/> Muerte del empleado              | <input type="checkbox"/> Pérdida de condición de hijo dependiente |
| <input type="checkbox"/> Derecho a Medicare               |   |

La ley federal le exige a la mayoría de los planes médicos grupales (incluido este) que le den a los empleados y a sus familiares la oportunidad de continuar su cobertura de atención médica a través de la continuación de cobertura COBRA cuando ocurra un "evento calificador", como los mencionados arriba, que produciría la pérdida de la cobertura bajo un plan del empleador.

### **¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?**

La continuación de cobertura COBRA es la misma que el Plan les da a otros participantes o beneficiarios que no reciben la continuación de cobertura. Cada "beneficiario calificado" (descrito abajo) que elija la continuación de cobertura COBRA tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el Plan.

### **¿Quiénes son los beneficiarios calificados?**

Todas las personas ("beneficiario calificado") en las categorías marcadas abajo pueden elegir, de forma independiente, la continuación de cobertura COBRA:

- Empleado o empleador anterior
- Cónyuge o cónyuge anterior*
- Los hijos dependientes cubiertos por el Plan el día anterior al evento que causó la pérdida de cobertura (un padre o tutor legal puede *elegir en nombre de un dependiente*).
- Un hijo que pierde la cobertura bajo el Plan porque ya no es un dependiente

### **¿Hay otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura COBRA?**

Sí. Usted y su familia pueden tener otras opciones de cobertura a través de Marketplace, Medicare u otras opciones de cobertura de planes médicos grupales (como el plan para cónyuges) mediante lo que se denomina "período de inscripción especial". Además, puede solicitar y, si es elegible, inscribirse en Medicaid en cualquier momento. Si no es elegible para la asistencia para primas conforme al ARP, algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Si es elegible para otra cobertura médica grupal, como el plan de un empleador nuevo o un cónyuge (sin incluir los beneficios excepcionales, un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeñas empresas (QSEHRA) o un acuerdo de gastos médicos flexibles (FSA)), o si es elegible para Medicare, no califica para la asistencia para primas del ARP. Sin embargo, si está cubierto por un seguro médico individual, como un plan a través de Marketplace, o si tiene Medicaid, puede calificar para la asistencia para primas del

ARP si elige la continuación de cobertura COBRA. No calificará para un crédito fiscal para primas, o anticipos de pago del crédito fiscal para primas, para su cobertura con Marketplace durante los meses en que esté inscrito en la continuación de cobertura COBRA y puede que no califique durante los meses que siga siendo un empleado, pero sí califique para la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas por una reducción de horas. Si es elegible para Medicare, considere inscribirse durante su período de inscripción especial para evitar una interrupción de cobertura cuando finalice su cobertura COBRA y un recargo por inscripción tardía.

Compare sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura COBRA y elija la cobertura más conveniente para usted. Por ejemplo, si cambia de cobertura, puede que deba hacer más desembolsos directos que con COBRA, porque la nueva cobertura puede imponer un deducible nuevo. Además, tenga en cuenta que si elige la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas, entonces puede calificar para un período de inscripción especial en una cobertura de Marketplace cuando finalice su asistencia para primas. Puede utilizar el período de inscripción especial para inscribirse en una cobertura a través de Marketplace con un crédito fiscal si finaliza su continuación de cobertura COBRA cuando la asistencia para primas finalice y siga siendo elegible.

Si pierde una cobertura médica de trabajo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de cobertura COBRA y otras opciones de cobertura, porque una vez que haya tomado la decisión, puede ser muy difícil sino imposible cambiarse hasta el próximo período de inscripción abierta disponible.

### **Si elijo la continuación de cobertura COBRA, ¿cuándo comenzará y finalizará la cobertura?**

Consulte el aviso en inglés que recibió por correo para conocer las fechas de elegibilidad de COBRA y las opciones de cobertura.

Además, conforme al ARP, tiene derecho a cambiarse a opciones de cobertura en las que no estaba inscrito anteriormente. Consulte la versión en inglés de este aviso para conocer las opciones de cobertura disponibles. Para cambiar las opciones en la continuación de cobertura COBRA que tenía en su último día de trabajo o antes de la reducción de horas, complete el “Formulario para cambiar las opciones de beneficios en la continuación de cobertura COBRA” y reenvíenoslo. Para calificar para la asistencia para primas, la otra cobertura debe costar lo mismo o menos que la cobertura que tenía en el momento del evento calificador; se le debe ofrecer a empleados activos en una situación similar; y no se puede limitar solo a los beneficios excepcionales, un QSEHRA o un FSA.

La continuación de cobertura de COBRA puede finalizar antes de la fecha estipulada arriba por determinadas causas, como primas impagas, fraude, la cobertura por otro plan médico grupal o el derecho a Medicare.

### **¿Puedo extender la continuación de cobertura COBRA?**

Si elige la continuación de cobertura COBRA, podrá extender dicha cobertura si un beneficiario calificado está incapacitado o si ocurre un segundo evento calificador. Debe notificar a Pinnacle

de la incapacidad o el segundo evento calificador en un plazo estipulado para extender el período de continuación de cobertura COBRA. Si no notifica la incapacidad o el segundo evento calificador dentro del plazo requerido, afectará su derecho a extender el período de continuación de cobertura.

Para más información sobre la extensión de la continuación de cobertura COBRA, visite <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/EBSA/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/an-employees-guide-to-health-benefits-under-cobra.pdf>.

### **¿Cuánto cuesta la continuación de cobertura COBRA?**

Su costo por la continuación de cobertura COBRA se muestra en el aviso en inglés que recibió por correo.

El ARP reduce las primas de COBRA a cero en algunos casos. Si califica como un "individuo elegible para la asistencia" conforme al ARP, el costo mensual de esta prima será cero hasta el 30 de septiembre de 2021.

Si elige prolongar la continuación de cobertura, no tiene que mandar ningún pago con el Formulario de elección. Se le enviará información adicional sobre los pagos, en caso de ser necesario, después de que el Plan reciba el Formulario de elección. Al final de esta notificación, encontrará información importante sobre el pago de sus primas.

**Puede calificar para un período de inscripción especial en una cobertura de Marketplace cuando finalice su continuación de cobertura COBRA o su asistencia para primas. Puede obtener cobertura a través de Medicaid o de Health Insurance Marketplace®.** Más información sobre Marketplace abajo.

### **¿Qué es Health Insurance Marketplace®?**

Health Insurance Marketplace® ofrece un punto integral de compra para encontrar y comparar opciones de seguros médicos individuales privados. En Marketplace, puede calificar para un subsidio que reduzca sus primas mensuales y sus costos compartidos (lo que reduciría sus desembolsos directos para deducibles, coseguros y copagos) de inmediato, y puede saber cuál será la prima del subsidio, deducibles y desembolsos antes de tomar la decisión de inscribirse. Conforme al ARP, los individuos y sus familiares pueden calificar para un aumento temporal de su crédito fiscal para primas y anticipos de pago del crédito fiscal para primas por este año, sin derivar más del 8.5% de su ingreso familiar promedio al costo del plan de referencia u otro plan más barato durante 2021 y 2022. A través de Marketplace, también puede averiguar si califica para la cobertura gratis o de bajo costo de [Medicaid](#) o el [Programa de Seguro de Salud Infantil \(CHIP\)](#). En la mayoría de los estados, se usa HealthCare.gov para solicitar e inscribirse en una cobertura de Marketplace; puede encontrar información de contacto para el Marketplace de su estado aquí: <https://www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state/>.

Recibir la continuación de cobertura COBRA no restringirá su elegibilidad para Medicaid. Tampoco restringirá su elegibilidad para una cobertura o un subsidio a través de Marketplace si es un empleado anterior del empleador que ofrece la cobertura. Pero no calificará para un subsidio o un crédito fiscal durante los meses en los que esté inscrito a la continuación de

cobertura COBRA. Por lo tanto, si quiere utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en una cobertura de Marketplace con un subsidio o un crédito fiscal, debe finalizar su continuación de cobertura COBRA antes de que comience su cobertura de Marketplace.

Si actualmente es empleado de un empleador que ofrece la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas, puede inscribirse en una cobertura de Marketplace pero no calificará para un subsidio o un crédito fiscal para la cobertura de Marketplace durante el período que reciba la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas.

### **¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de Marketplace?**

Los clientes elegibles de Marketplace pueden inscribirse en una cobertura de Marketplace si califican para un período de inscripción especial. Por ejemplo, los clientes elegibles de Marketplace siempre tienen 60 días desde el momento en que pierden su cobertura de trabajo para inscribirse en Marketplace o pueden hacerlo hasta 60 días antes si saben con antelación que perderán su cobertura. **Pasados los 60 días, finaliza el período de inscripción especial y los clientes elegibles de Marketplace no podrán inscribirse a menos que califiquen para otro período de inscripción especial, por lo que, si quiere inscribirse en una cobertura de Marketplace, deben hacerlo de inmediato.** Además, durante el denominado período de "inscripción abierta", los clientes elegibles de Marketplace pueden inscribirse desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre en una cobertura de Marketplace que comience el 1 de enero. Por último, pueden solicitar y, si son elegibles, inscribirse en la cobertura de Medicaid en cualquier momento.

Por la COVID-19, si el Marketplace utiliza HealthCare.gov, todos sus clientes elegibles que envíen o actualicen una solicitud pueden acceder a un período de inscripción especial a través de la plataforma HealthCare.gov desde el 15 de febrero hasta el 15 de agosto de 2021. Para más información, consulte: [www.HealthCare.gov/sep-list/](http://www.HealthCare.gov/sep-list/). Si el Marketplace está en un estado que no utiliza la plataforma HealthCare.gov, sus clientes elegibles deberían consultar si tienen algún período de inscripción disponible. Si su estado tiene su propia plataforma de Marketplace, puede encontrar información de contacto aquí: [www.HealthCare.gov/marketplace-in-your-state/](http://www.HealthCare.gov/marketplace-in-your-state/).

Además, conforme al ARP, los individuos y sus familiares pueden calificar para un aumento temporal de su crédito fiscal para primas y un anticipo de pago del crédito fiscal para primas durante 2021 y 2022, sin derivar más del 8.5% de su ingreso familiar promedio al costo del plan de referencia u otro plan más barato.

Para saber más sobre la inscripción en Marketplace, como la próxima fecha del período de inscripción abierta y los puntos importantes sobre los eventos calificadoros y los períodos de inscripción especial, visite [www.HealthCare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/](http://www.HealthCare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/). Si su estado tiene su propia plataforma de Marketplace, puede encontrar información de contacto aquí: <https://www.HealthCare.gov/marketplace-in-your-state/>. Tenga en cuenta que puede solicitar y, si es elegible, inscribirse en la cobertura de Medicaid en cualquier momento.

## **Si me inscribo en la continuación de cobertura COBRA, ¿puedo cambiarme a una cobertura de Marketplace? ¿Qué sucede si elijo una cobertura de Marketplace y quiero volver a la continuación de cobertura COBRA?**

Si se inscribe en la continuación de cobertura COBRA, puede cambiarse a un plan de Marketplace durante el período de inscripción abierta anual de Marketplace o durante un período de inscripción especial. Si elige la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas, entonces puede calificar para un período de inscripción especial en una cobertura de Marketplace cuando finalice su asistencia para primas. Puede utilizar el período de inscripción especial para inscribirse en una cobertura a través de Marketplace con un crédito fiscal si finaliza su continuación de cobertura COBRA cuando la asistencia para primas finalice y siga siendo elegible. Pero tenga cuidado: Si finaliza su cobertura de continuación COBRA con antelación sin otro evento que lo califique para una inscripción especial, deberá esperar para inscribirse en una cobertura de Marketplace hasta el próximo período de inscripción abierta y podría quedarse sin cobertura médica en el ínterin.

Por otro lado, una vez agotada y expirada la continuación de cobertura COBRA, puede calificar para un período de inscripción especial para inscribirse en una cobertura de Marketplace, si es elegible, incluso si la inscripción abierta ha finalizado y no hay otro evento calificador aplicable. Para más información sobre la continuación de cobertura COBRA y Marketplace, consulte [www.HealthCare.gov/unemployed/cobra-coverage/](http://www.HealthCare.gov/unemployed/cobra-coverage/).

Si se inscribe a una cobertura de Marketplace en vez de la continuación de cobertura COBRA, no puede cambiarse a la continuación de cobertura COBRA una vez que el período de elección haya finalizado.

### **¿Puedo inscribirme en otro plan médico grupal?**

Puede calificar para inscribirse en una cobertura bajo otro plan médico grupal (como un plan para cónyuges), si solicita la inscripción dentro de los 30 días desde la pérdida de la cobertura.

Si usted o su dependiente elige una continuación de cobertura COBRA en vez de inscribirse en otro plan médico grupal para el que sea elegible, tendrá otra oportunidad para inscribirse en el otro plan dentro de los 30 días desde la pérdida de la continuación de cobertura COBRA.

### **¿Puedo inscribirme en Medicare en vez de la continuación de cobertura COBRA después de que finalice mi plan médico grupal?**

En general, si no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando adquiere la elegibilidad porque todavía es empleado, después del período de inscripción inicial para Medicare Parte A o B, tiene un período de inscripción especial de 8 meses<sup>2</sup> para inscribirse, a partir de la primera de estas fechas:

- el mes después de que su empleo termine; o

---

<sup>2</sup> <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>. Estas pautas son diferentes para pacientes con enfermedad renal terminal (ESRD).

- el mes siguiente a que termine la cobertura del plan médico grupal según el empleo actual.

Si elige la continuación de cobertura COBRA en vez de inscribirse en Medicare Parte B, es posible que deba pagar una multa de por vida por inscripción tardía y que atraviese un lapso sin cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación COBRA y, luego, se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que termine la continuación de cobertura COBRA, el Plan puede finalizar su continuación de cobertura. Sin embargo, si es elegible para Medicare y la Parte A o B entra en vigor en la fecha de elección de COBRA o antes, no se suspenderá la continuación de cobertura COBRA, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la continuación de cobertura de COBRA.

Si está inscrito en la continuación de cobertura COBRA y en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (como pagador primario) y la continuación de cobertura COBRA pagará como secundario. Algunos planes de la continuación de cobertura COBRA pueden pagar como secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

### **¿Qué factores debo considerar para elegir las opciones de cobertura?**

Cuando evalúe sus opciones de cobertura médica, es importante considerar:

- **Primas:** Su plan anterior puede cobrar hasta un 102% del total de las primas para la continuación de cobertura COBRA (o hasta un 150% después de los 18 meses si elige extender el período de continuación de cobertura COBRA más allá de ese término por la incapacidad de un beneficiario calificado) si no es elegible para la asistencia para primas bajo el ARP. Si califica para la asistencia para primas bajo el ARP, su plan puede cobrar este monto si prolonga su continuación de cobertura COBRA más allá del 30 de septiembre de 2021. Otras opciones, como la cobertura a través del plan de un cónyuge, Medicaid o Marketplace, pueden ser más baratas en esa instancia.
- **Redes de proveedores:** Si actualmente recibe atención o tratamiento por una enfermedad, un cambio en su cobertura médica puede afectar el acceso a un proveedor de atención médica particular. Sería conveniente verificar si sus proveedores de atención médica actuales participan en una red y si tiene acceso a esa red a través de cualquiera de las opciones que considere para su cobertura médica.
- **Formularios de medicamentos:** Si actualmente toma medicamentos con receta, un cambio en su cobertura médica puede afectar los costos de sus medicamentos y, en algunos casos, es posible que otro plan no cubra sus medicamentos. Sería conveniente verificar si sus medicamentos actuales están incluidos en los formularios de medicamentos para otra cobertura médica.
- **Indemnizaciones por despido:** Si fue despedido y obtuvo un paquete de indemnización, posiblemente su empleador anterior se haya ofrecido a pagar algunas o todas las primas de su continuación de cobertura COBRA durante un período determinado. En este caso, sería conveniente llamar al Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 para evaluar sus opciones.
- **Áreas de servicio:** Algunos planes restringen sus servicios a áreas de servicio o cobertura específicas, por lo que si se muda a otra parte del país, quizás no pueda utilizar sus

beneficios. Sería conveniente verificar si su plan tiene un área de servicio o cobertura, u otras restricciones similares.

- **Otros costos compartidos:** Además de las primas o las contribuciones para la cobertura médica, es probable que pague copagos, deducibles, coseguros y otros montos cuando utiliza sus beneficios. Sería conveniente verificar los requisitos de costos compartidos para las otras opciones de cobertura médica. Por ejemplo, una opción puede tener primas mensuales mucho más bajas, pero deducibles y copagos más altos. También sería conveniente considerar si ya ha alcanzado su deducible o su límite para desembolsos directos bajo la continuación de cobertura COBRA.

### **Para más información**

Esta notificación no describe por completo la continuación de cobertura COBRA u otros derechos conforme al Plan. Puede consultar el resumen de la descripción de su plan o a su Administrador del plan para más información sobre la continuación de cobertura COBRA y sus derechos bajo el Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la información de esta notificación, sus derechos de cobertura o si desea una copia del resumen de la descripción de su plan, comuníquese con Pinnacle a 15525 Sand Canyon Ave., Irvine, CA 92618, o llame al (866) 435-0441.

Para más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), incluyendo a COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes médicos grupales, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>, o contáctelos por vía electrónica en [askebsa.dol.gov](https://www.askebsa.dol.gov), o llame gratis al 1-866-444-3272. Para más información sobre sus opciones de seguro médico disponibles a través de Health Insurance Marketplace® y para encontrar un asistente en su zona para hablar sobre las diferentes opciones, visite [www.HealthCare.gov](https://www.HealthCare.gov).

### **Informe sus cambios de domicilio al Plan**

Para proteger sus derechos y los de su familia, notifique al Administrador del plan cada vez que usted o un familiar haga un cambio de domicilio. Además, conserve una copia de todas las notificaciones que le envíe al Administrador del plan.

## Formulario de elección para la Continuación de cobertura COBRA

**Instrucciones:** Para elegir la continuación de cobertura COBRA, complete este Formulario de elección y reenvíenoslo. Conforme a la ley federal, tiene 60 días desde la fecha de esta notificación para decidir si desea elegir la continuación de cobertura COBRA bajo el Plan, a menos que tenga derecho a más tiempo bajo una política o programa federal. Por ejemplo, puede tener derecho a más tiempo en caso de una emergencia nacional. Sin embargo, si no elige la continuación de cobertura COBRA y la asistencia para primas dentro de los 60 días desde la recepción de este formulario, puede que no califique para la asistencia para primas bajo el ARP.

Envíe el Formulario de elección completado a: Pinnacle, 15525 Sand Canyon Ave., Irvine, CA 92618.

Se debe completar y reenviar este Formulario de elección por correo.

Si no envía el Formulario de elección completado para el plazo estipulado arriba, puede perder su derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA. Si rechaza la continuación de cobertura COBRA antes del plazo, puede cambiar su decisión siempre y cuando envíe un Formulario de elección completado antes del plazo. Sin embargo, si cambia su decisión después de haber rechazado la continuación de cobertura COBRA, su cobertura comenzará en la fecha que envíe el Formulario de elección completado.

Lea la información importante sobre sus derechos que se incluye en las páginas posteriores al Formulario de elección.

Elijo (elegimos) la continuación de cobertura COBRA en el Plan mencionado abajo:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el empleado	NSS (u otro identificador)
--------	---------------------	--------------------------	----------------------------

a. \_\_\_\_\_

Opción de cobertura elegida: \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

Opción de cobertura elegida: \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Opción de cobertura elegida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con los individuos mencionados  
abajo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**Formulario para cambiar las opciones de beneficios de la Continuación de cobertura  
COBRA (si procede)**

**Instrucciones:** Para cambiar las opciones en la continuación de cobertura COBRA que usted o el empleado participante tenía en su último día de cobertura o reducción de horas, complete este formulario y reenvíenoslo. Conforme a la ley federal, tiene 90 días desde la fecha de esta notificación para decidir si desea cambiar sus opciones de beneficios.

Envíe el formulario completado a: Pinnacle, 15525 Sand Canyon Ave., Irvine, CA 92618.

Se debe completar y reenviar este formulario por correo.

**\*ESTA NO ES SU NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN\*  
DEBE COMPLETAR POR SEPARADO LA NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN Y REENVIARLA PARA  
OBTENER SU CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA.**

Quiero (queremos) cambiar las opciones de la continuación de cobertura COBRA en el Plan como se indica abajo:

Nombre      Fecha de nacimiento      Relación con el empleado      NSS (u otro identificador)

a. \_\_\_\_\_

Opción de cobertura anterior: \_\_\_\_\_

Opción de cobertura nueva: \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

Opción de cobertura anterior: \_\_\_\_\_

Opción de cobertura nueva: \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Opción de cobertura anterior: \_\_\_\_\_

Opción de cobertura nueva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con los individuos mencionados  
abajo

\_\_\_\_\_  
Dirección en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

## **Información importante sobre los pagos**

La siguiente información sobre pagos es relevante para quienes no califiquen para la asistencia para primas bajo el ARP:

### *Primer pago para la continuación de cobertura COBRA*

Tiene un plazo de 45 días desde la fecha de su elección (la fecha del matasellos de la Notificación de elección) para hacer el primer pago de la continuación de cobertura COBRA. Si no hace el primer pago completo antes del plazo de 45 días desde la fecha de su elección, perderá todos sus derechos de la continuación de cobertura COBRA bajo el Plan<sup>3</sup>. Usted es responsable de asegurarse de que el monto de su primer pago sea correcto. Contacte a Pinnacle al (866) 435-0441 para confirmar el monto correcto de su primer pago.

### *Pagos regulares para la continuación de cobertura*

Después de hacer su primer pago para la continuación de cobertura COBRA, deberá hacer pagos regulares para cada período de cobertura posterior. En esta notificación, se indica el monto que todos los beneficiarios calificados deberán pagar para cada período de cobertura. Se pueden hacer los pagos regulares mensualmente. Las fechas de vencimiento para los pagos de continuación de la cobertura de COBRA se muestran en el aviso en inglés que recibió por correo. Si hace un pago regular el primer día del período de cobertura correspondiente o antes, su cobertura bajo el Plan continuará durante ese período sin interrupciones. El Plan no enviará notificaciones regulares de los pagos correspondientes a estos períodos de cobertura.

### *Períodos de gracia para los pagos regulares*

Aunque los pagos regulares son pagaderos en las fechas indicadas arriba, tendrá un período de gracia de 30 días después del primer día del período de cobertura para hacer cada pago regular. Para recibir la continuación de cobertura COBRA en cada período de cobertura, debe hacer el pago correspondiente antes de que termine el período de gracia.

Si no hace un pago regular antes de que finalice el período de gracia correspondiente, perderá todos los derechos para la continuación de cobertura COBRA bajo el Plan.

Deberá enviar el primer y todos los pagos regulares para la continuación de cobertura COBRA a:

Pinnacle  
File 54908  
Los Angeles, CA 90074-4908

---

<sup>3</sup> Debido al Estado de emergencia nacional por la COVID-19, el Departamento del Trabajo, el Departamento del Tesoro y el Servicio de Impuestos Internos han publicado una guía para extender el periodo de tiempo de determinadas acciones relacionadas a la cobertura de salud bajo el grupo de de planes de salud patrocinados por empleados privados. Esta guía podría darle más tiempo para realizar sus pagos de primas COBRA, pues la asistencia para las primas no está disponible para los periodos de cobertura de continuación COBRA que comiencen antes del primero de abril de 2021. Para información adicional sobre esta guía visite:

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/employers-and-advisers/plan-administration-and-compliance/disaster-relief>.