

Documentación aceptable para Períodos Especiales de Inscripción

Las personas que soliciten la inscripción durante el Período Especial de Inscripción (SEP, en inglés) deberán proporcionar la siguiente información:

- Una prueba del evento de vida calificado que tuvo lugar; y
- Una prueba de la fecha del evento.

Algunos eventos requieren varios documentos. Aceptaremos otra documentación alternativa si confirma el evento de vida desencadenante y la fecha en la que sucedió.

1. Pérdida de cobertura mínima esencial: planes individuales, grupales o patrocinado por el gobierno

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
Perdió su cobertura debido a un evento de vida calificado Puede inscribirse 60 días antes o 60 días después del evento	Separación legal	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación legal de la separación
	Divorcio	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de divorcio o de anulación con la fecha de finalización de responsabilidad de proporcionar cobertura de salud.
	Muerte del empleado o titular de la póliza	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de defunción u • Obituario con fecha de fallecimiento
Perdió su cobertura grupal Puede inscribirse 60 días antes o 60 días después del evento	Terminación del contrato de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador con membrete de la empresa que indique que la cobertura terminó o terminará debido al cese del contrato; o • Documentación oficial de una agencia de empleo junto con las razones de la terminación del contrato
	Reducción de las horas de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador con membrete de la empresa que indique que la cobertura terminó o terminará debido a una reducción de horas de trabajo
	El empleador dejó de contribuir con el costo de la cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador con membrete de la empresa que indique que el empleador dejó de contribuir con las primas del seguro
	Finalización de la cobertura de continuación COBRA	<ul style="list-style-type: none"> • Carta(s) del empleador, administrador de beneficios o compañía de seguros con membrete de la empresa que indique la oferta de COBRA y cuando terminó o terminará la cobertura de COBRA después de completarse el período de continuación
	Su empleador no pagó la prima	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de la compañía de seguros o del empleador con membrete de la empresa que indique que el empleador no pagó la prima

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
Perdió su cobertura grupal (continuación)	El empleador dejó de ofrecer cobertura a empleados que se encuentran en una clasificación profesional similar	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador con membrete de la empresa que indique la razón por la cual la cobertura terminó o terminará
	Su compañía de seguro no renovó el plan	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de la compañía de seguro que indique que el plan no será renovado
	Usted prefirió no renovar su plan al cumplirse el año de cobertura del plan	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador con membrete de la empresa que indique que usted: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Declinó el plan de cobertura grupal para el año siguiente; y ➢ Tuvo un plan grupal el año anterior; o • Documentos que muestren que: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Usted declinó el plan de cobertura grupal para el año siguiente; y ➢ Si su cobertura no era de Horizon BCBSNJ, puede proporcionar documentos como el formulario 1095 A, B o C, tarjeta de identificación, explicación de beneficios o un Certificado de Cobertura acreditable que prueben que usted tuvo un plan grupal durante los doce meses anteriores
	Ya no reside o trabaja en el área de servicio del HMO o EPO y no hay más planes grupales disponibles para usted	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador con membrete de la empresa que indique que usted ya no reside o trabaja en el área de servicio y no se ofrece otro plan.
Perdió su cobertura individual (por otra razón que la falta de pago de las primas) Puede inscribirse 60 días antes o 60 días después del evento	Su compañía de seguros no renovó su plan en la fecha de aniversario del plan	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de la compañía de seguros que indique que su plan no será renovado
	Ya no es elegible para un plan médico para estudiantes de una compañía de seguros a través de una institución de educación superior	<ul style="list-style-type: none"> • Carta/documento (incluyendo un certificado de prueba de seguro médico) de la institución o la compañía de seguros que indique la fecha de inicio de la cobertura y la fecha en la que terminó o terminará; y • Carta o documento que confirme la graduación (o copia del diploma), retiro o permiso de ausencia

(continúa)

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
Perdió su cobertura individual (por otra razón que la falta de pago de las primas) (continuación)	El Mercado de Seguros (Marketplace) canceló su plan debido a inconsistencias en su ciudadanía o estatus de inmigración	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del Mercado de Seguros que indique que su cobertura fue o será cancelada debido a inconsistencias con su ciudadanía o estatus de inmigración
	Usted ya no reside en el área de servicio del HMO o EPO	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de la compañía de seguros o del HMO que indique que usted se mudó fuera del área de servicios del plan
	Usted ya no es elegible para: <ul style="list-style-type: none"> • Parte A de Medicare • Medicaid • Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) • TRICARE • Algunos programas para veteranos • Cuerpos de Paz 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de una agencia del gobierno que indique la fecha en la que terminó o terminará la cobertura.

2. Dependiente que cumplió 26 o 31 años

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
Perdió su cobertura Puede inscribirse 60 días antes o 60 días después del evento	Ya no es elegible por que cumplió el límite de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de la compañía de seguros que indique fecha en la que terminó o terminará la cobertura debido a la edad. Si la carta no explica que usted ha alcanzado el límite de edad, también debe proporcionar una copia de su certificado de nacimiento o de la licencia de conducir

(continúa)

3. Matrimonio/nacimiento/adopción/cuidado temporal

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
<p>Añadió o se convirtió en dependiente</p> <p>Puede inscribirse 60 días después del evento</p>	Matrimonio (incluye parejas del mismo sexo)	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la licencia o certificado de matrimonio que indique la fecha del matrimonio; o • Registro oficial público del matrimonio, incluyendo un certificado de matrimonio en el extranjero; o • Afidávit o declaración firmada por la persona que ofició la ceremonia o fue un testigo oficial del matrimonio; o • Documento religioso que reconozca el matrimonio
	Unión civil (solo para parejas del mismo sexo)	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la licencia/certificado de la unión civil
	Parejas de hecho (solo para parejas del mismo sexo)	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del certificado de la unión doméstica
	Matrimonio de derecho consuetudinario (de otro estado)	<ul style="list-style-type: none"> • Adjuntar una declaración notariada que contenga la fecha en la que el matrimonio fue reconocido y el estado que lo reconoció; y • Prueba de copropiedad de una cuenta bancaria, escritura, hipoteca, arrendamiento o declaración de impuestos
	Nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento, solicitud de certificado de nacimiento; o • Carta o registro médico de la clínica, hospital, médico, partera, institución u otro proveedor de atención médica que contenga la fecha de nacimiento; o • Registro militar, religioso o registro de nacimiento en el extranjero que indique la fecha y lugar de nacimiento del hijo (a); o • Carta u otro documento de la compañía de seguros como la Explicación de Beneficios, que indique fechas de servicio relacionadas con el nacimiento ya sea para el hijo (a) o la madre

(continúa)

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
Añadió o se convirtió en dependiente (continuación)	Niño entregado en adopción/ legalmente adoptado	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del certificado de nacimiento del niño adoptado en nombre de los padres adoptivos y un certificado de los padres con la fecha de adopción; o • Declaración notariada de una agencia de adopción acreditada y autorizada por el estado que indique que sea ha iniciado el proceso de adopción en un tribunal de jurisdicción competente y que el niño ha sido colocado formalmente para adopción con los futuros padres quienes también son mencionados; o • Documento legal notariado del abogado que indique claramente las partes involucradas y los términos de la declaración de custodia y una declaración que el titular de la póliza es responsable del cuidado médico del niño; o • Carta de adopción o registro fechado y firmado por un funcionario judicial que indique la fecha de la adopción; o • Documento del Departamento de Seguridad Interna para adopciones en el extranjero; o • Documento legal o emitido por el gobierno que indique la fecha en la que el niño fue entregado en custodia o fecha legal en la que se otorgó la custodia
	Niño colocado en cuidado temporal	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación de una organización gubernamental autorizada o agencia delegada que nombre al titular de la póliza como padre adoptivo; o • Documentos de la custodia fechados y firmados por un funcionario judicial

4. Orden de manutención infantil u otra orden judicial

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
Añadió o se convirtió en dependiente Puede inscribirse 60 días después del evento	Orden judicial requiere cobertura para los dependientes elegibles	<ul style="list-style-type: none"> • Orden judicial que indique la fecha de vigencia de la orden y los nombres de las personas afectadas

(continúa)

5. Acceso a un nuevo plan debido a mudanza permanente

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
<p>Obtuvo acceso a un nuevo plan debido a mudanza permanente</p> <p>Puede inscribirse 60 días después del evento</p>	<p>Usted cambió su residencia principal a New Jersey</p>	<p>Usted debe enviar toda la documentación siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de residencia principal para ambas locaciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Donde vivió antes de mudarse, ➤ Donde vive en New Jersey, o • Documentos que indiquen la fecha de la mudanza, y • Prueba de que usted tenía un plan individual, grupal o patrocinado por el gobierno durante cualquiera de los 60 días previos a la mudanza. Esto no aplica si usted se mudó de un país extranjero o a territorio de los Estados Unidos.. <p>Prueba de residencia principal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrendamiento o contrato de arrendamiento; • Documentos de seguros como pólizas de seguros para automóviles, seguros de propietarios, seguro del arrendatario o seguros de vida; • Documentación del Departamento de Vehículos Motorizados como licencia de conducir, registro de vehículos o tarjeta de cambio de dirección; • Declaración de impuestos; • Identificación del estado; • Documentos oficiales de la escuela, incluyendo inscripciones, tarjetas de identificación, boletín de calificaciones o documentos de la residencia estudiantil; • Factura del teléfono, Internet o televisión por cable o cualquier otra factura de servicios o confirmación de servicios como una solicitud de instalación; • Correo de una agencia del gobierno como una declaración de la Seguridad Social o de una institución financiera como una declaración de un banco;

(continúa)

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
<p>Obtuvo acceso a un nuevo plan debido a mudanza permanente (continuación)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Carta de confirmación de cambio de dirección del Servicio Postal de los Estados Unidos; • Comprobante de pago que indique su dirección; • Carta de su actual o futuro empleador que indique su traslado; • Tarjeta de registro de votante con su nombre y dirección; • Contrato o recibo de la compañía de mudanzas que indique su dirección; • Si está viviendo en casa de otra persona, envíe una carta de la persona en la que declare que usted está viviendo con él/ella y que no es una visita temporal. Esta persona debe probar su propia residencia al incluir uno de los documentos mencionados anteriormente; • Documentos de naturalización fechados y firmados dentro de los últimos 60 días o Green Card, certificado o Visa de estudiante <p>Prueba de plan individual, grupal o plan gubernamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas de asegurado; • Explicación de beneficios; • Certificado de cobertura acreditable; • Carta de la compañía de seguros, del empleador o de una agencia gubernamental; • Formulario 1095 A, B o C; • Estado de cuenta de la prima; • Cheque de pago de la prima cancelado; • Comprobante de pago del empleador que indique las deducciones por cuidado de salud

6. Cambio en la determinación del subsidio por parte del Mercado de Seguros (Marketplace)

Evento de vida desencadenante	Motivo	La documentación aceptada incluye:
<p>Usted recibió una determinación del Mercado de Seguro</p> <p>Puede inscribirse 60 días después del evento</p>	<p>Pérdida del subsidio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del Mercado de Seguros que indique que usted es elegible para un Período Especial de Inscripción

(continúa)

Horizon Blue Cross and Blue Shield of New Jersey cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Español (Spanish): Para ayuda en español, llame al **1-855-477-AZUL (2985)**.

Chinese (中文): 如需中文協助，請致電 **1-800-355-BLUE (2583)**

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Los nombres y los símbolos de Blue Cross y Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey © 2017 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105. 31519A (0117)

 Horizon®



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

HorizonBlue.com