



## Forma de Renuncia de Seguro Médico

Para cobertura a partir del 12/1 / 2020-11 / 30/2021

Para el plan: Kaiser Permanente: Bronze HMO 6300/65 + Child Dental

- A. Marque la casilla que identifica la cobertura que desea rechazar: Plan Médico
- B. Quisiera rechazar la cobertura para: Empleado  Cónyuge  Dependientes niños  Cónyuge e hijos
- C. Razón de rechazar de la cobertura: (Marque uno)

<input type="checkbox"/>	Cubierto por el seguro de grupo de cónyuge
<input type="checkbox"/>	Nombre de seguro: _____ Número de ID: _____
<input type="checkbox"/>	Inscritos en cualquier otro plan de seguro
<input type="checkbox"/>	Nombre seguro: _____
<input type="checkbox"/>	Militar
<input type="checkbox"/>	Medicare
<input type="checkbox"/>	Otro (Expliqué): _____

Reconozco que la cobertura disponible ha sido explicada por mi empleador y yo entiendo que tengo todo el derecho a solicitar la cobertura. Me han dado la oportunidad de solicitar esta cobertura y he decidido rechazar la inscripción para yo y/o mis dependientes. He tomado esta decisión voluntariamente. AL DECLINAR LA COBERTURA DE SALUD DE ESTE GRUPO (A MENOS QUE EMPLEADOS Y/O DEPENDIENTES TIENEN COBERTURA DE SALUD DE GRUPO EN OTRO LUGARES), RECONOZCO QUE SI APLICAMOS DE COBERTURA DESPUÉS DE NUESTRA FECHA DE ELEGIBILIDAD ORIGINAL PARA ESTE SEGURO, MI DEPENDIENTE (S) Y YO SEREMOS CONSIDERADOS PARTICIPANTE (S) TARDES Y POR LO TANTO NO ELEGIBLES HASTA LA SIGUIENTE INSCRIPCIÓN ABIERTA.

Usted no será considerado un participante tarde si:

- Usted o sus dependientes renunciaron a cargo de tener cobertura por otro plan de salud en el momento de esta renuncia; y ejecutan este formulario al momento de renunciar la cobertura;
  - Han perdido la cobertura bajo otro plan de salud como resultado de: I) ) terminación de empleo; II) cambios en el estado de empleo; III) terminación de cobertura de otro plan; IV) cese de contribución de prima del empresario hacia la cobertura de empleado o dependes; o la muerte del individuo a través del cual la persona renunciante fue cubierta como un dependiente, o divorcio
  - Solicita inscripción dentro de 30 días después de la terminación de cobertura o contribución del empleador bajo otro plan de beneficios de salud de empleador; o,
- Proporcionar una cobertura de órdenes judiciales para un cónyuge o hijo de un empleado asegurado y la solicitud para inscripción en este plan se hace dentro de 30 días de la emisión de la orden del Tribunal; o,
- Él o ella se emplea por un empleador que ofrece múltiples planes de salud y el empleado elige un plan diferente durante un período de inscripción abierta.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_