

INSTRUCCIONES

Use este formulario para rechazar una cobertura. Si desea cancelar un plan de seguro para un suscriptor o miembro, use el formulario de Cancelación del Plan de Seguro/Transferencia del suscriptor.

Empleadores: Guarde una copia de este formulario en sus archivos.

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

Nombre de la compañía			ID del cliente (si tiene uno asignado)
Teléfono () -	Ext.	Fax () -	

MOTIVO DEL RECHAZO

Mi empleador me ha ofrecido una cobertura de seguro médico de grupo de Kaiser Permanente. Escojo de manera voluntaria no inscribirme en este momento en un plan de Kaiser Permanente. Entiendo que la próxima oportunidad que tendré para inscribirme será durante el período de inscripción abierta anual o después de un evento que califique.

Motivo del rechazo (marque 1):

- Estoy cubierto por el plan de salud de otro empleador a través de mi cónyuge/pareja doméstica/padre o madre.

Nombre del administrador:

- Estoy cubierto por otro plan que me ha ofrecido mi empleador.

Nombre del administrador:

- Estoy cubierto por un plan de salud individual.

Nombre del administrador:

- Estoy cubierto por Medicare, Medi-Cal o Tricare.

- Otro motivo del rechazo:

FIRMA

Si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible, solo puede inscribirse o cambiar su cobertura durante un período de inscripción abierta anual establecido por su empleador, o durante un período de inscripción especial, si se ha producido un evento que califique. Tiene que solicitar la cobertura no más de 60 días después del evento que califique. Los eventos que califican para una inscripción especial incluyen:

- Aumento de sus horas de trabajo de forma que cumple el requisito de su empleador de elegibilidad para un plan médico.
- Reincorporación al trabajo después de una licencia.
- Cancelación involuntaria o pérdida de otra cobertura de grupo.
- Un dependiente pierde otra cobertura que tenía.
- Matrimonio o agrega una pareja doméstica.
- Nacimiento.
- Adopción o puesta en adopción de un niño.
- Orden judicial.
- Muerte de un cónyuge, pareja doméstica o dependiente.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)	Número de seguro social (últimos 4 números)
Firma X	Fecha