

**INSTRUCCIONES**

Use este formulario para rechazar la cobertura, no para cancelar un plan de seguro de un suscriptor o miembro. Si desea cancelar un plan de seguro para un suscriptor o miembro, use el formulario de Subscriber Termination/Transfer Form.

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 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):

<input type="checkbox"/> Estoy cubierto por el plan de salud de otro empleador a través de mi cónyuge/pareja doméstica/padre o madre. <b>Nombre del administrador:</b>
<input type="checkbox"/> Estoy cubierto por otro plan que me ha ofrecido mi empleador. <b>Nombre del administrador:</b>
<input type="checkbox"/> Estoy cubierto por un plan de salud individual. <b>Nombre del administrador:</b>
<input type="checkbox"/> Estoy cubierto por Medicare, Medi-Cal o Tricare.
<input type="checkbox"/> 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 tuvo 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 de la corte
- Muerte de un cónyuge, pareja doméstica o dependiente

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