

Complete este formulario si usted, su cónyuge, pareja doméstica o hijo(s) dependiente(s) rechazan esta cobertura de salud, dental, de la vista o de seguro de vida grupal que ofrece el empleador. (El empleador debe guardar una copia de este formulario para entregársela a Blue Shield cuando se la pida). Complete a máquina o en letra de imprenta. Use tinta negra. *Nota: Se debe brindar el número de Seguro Social del empleado para todos los empleados elegibles.

Nombre del empleado	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Nombre del empleador (grupo)	Fecha de contratación	Estado de residencia
Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puesto de trabajo	

¿Es el empleado un empleado de tiempo completo que trabaja, al menos, 30 horas por semana para este empleador? Sí No
 ¿Es el empleado un empleado de tiempo parcial que trabaja, al menos, 20 horas por semana para este empleador? Sí No

Rechazo de la cobertura:

Rechazo la cobertura del plan de salud para:

Mí y todos mis dependientes
 Mi cónyuge/pareja doméstica solamente
 Mis hijos solamente
 Mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos solamente
 Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan dental, rechazo esa cobertura para:

Mí y todos mis dependientes
 Mi cónyuge/pareja doméstica
 Mis hijos
 Mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos
 Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan de la vista, rechazo esa cobertura para:

Mí y todos mis dependientes
 Mi cónyuge/pareja doméstica
 Mis hijos
 Mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos
 Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan de seguro de vida, rechazo esa cobertura para:

Mí

Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura de salud

COBERTURA DE SALUD QUE OFRECE OTRO EMPLEADOR

Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan de salud grupal
 Está cubierto por otro plan de salud que ofrece este empleador (a través de otra aseguradora)
 Está cubierto por el plan de salud de otro empleador, que incluye la cobertura de la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, Ley Consolidada General de Conciliación Presupuestaria) o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior

COBERTURA DE SALUD QUE NO OFRECE UN EMPLEADOR

Está cubierto por un plan de salud individual o familiar
 Está cubierto por un programa del gobierno, que incluye Medicare, Medi-Cal, Programa Healthy Families, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, Programa de Salud para Tribus/Indígenas Urbanos y Administración de Salud de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)

OTROS MOTIVOS

Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura dental

OTRA COBERTURA DENTAL

Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan dental grupal
 Está cubierto por el plan dental de otro empleador, que incluye la cobertura dental de COBRA o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior
 Está cubierto por un plan dental individual o familiar

OTROS MOTIVOS

Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura de la vista

OTRA COBERTURA DE LA VISTA

Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan de la vista grupal
 Está cubierto por el plan de la vista de otro empleador, que incluye la cobertura de la vista de COBRA o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior
 Está cubierto por un plan de la vista individual o familiar

OTROS MOTIVOS

Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura del seguro de vida

OTRA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA

Está cubierto por una cobertura de seguro de vida de otro empleador a través de su cónyuge/pareja doméstica o padre/madre

OTROS MOTIVOS

Costo de la cobertura
 No necesita o no quiere la cobertura

Declaro que mi empleador me ha explicado qué cobertura se encuentra a mi disposición y sé que tengo pleno derecho a inscribirme en esta cobertura, y he decidido no inscribirme o no inscribir a mi(s) dependiente(s), si los hubiera. En este momento, renuncio a inscribirme, así como a inscribir a mi cónyuge/pareja doméstica o a mi(s) hijo(s) dependiente(s) en el plan de salud grupal que ofrece mi empleador. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie ha tratado de influir en ella ni me ha presionado para que renuncie a la cobertura.

Si renuncio a inscribirme o inscribir a mis dependientes porque tengo otra cobertura de salud o porque el empleador dejará de aportar en esta cobertura, acepto que puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes en este plan si lo pido dentro de los 60 días siguientes a la finalización de mi otra cobertura o la de mis dependientes, o bien, después de que el empleador deje de aportar en la otra cobertura.

Además, si incorporo a un nuevo dependiente como consecuencia de un matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos, acepto que tanto yo como mis dependientes podemos pedir la inscripción en el plan de salud de mi empleador si pedimos esa cobertura dentro de los 60 días siguientes al matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos. También acepto que, cuando mis dependientes o yo seamos elegibles para inscribirnos en los programas de ayuda en el pago de las primas Healthy Families o Medi-Cal, mis dependientes o yo podremos pedir la inscripción en el plan de salud de mi empleador si pedimos esa cobertura dentro de los 60 días siguientes a haber recibido el aviso de elegibilidad para participar en esos programas de ayuda en el pago de las primas.

Si he indicado antes que el motivo por el que renuncio a la cobertura para mí o para mi(s) dependiente(s) es la existencia de una cobertura de un plan de beneficios de salud de otro empleador, acepto que, si mi(s) dependiente(s) o yo involuntariamente perdemos la cobertura del plan de beneficios de salud del otro empleador, debo pedir la inscripción para mí o para mi(s) dependiente(s) en el plan de beneficios de salud de mi empleador dentro de los 60 días siguientes. De lo contrario, entiendo que quizá no pueda inscribirme ni inscribir a mis dependientes en el plan de salud de mi empleador hasta el final del siguiente período de inscripción abierta de mi empleador o hasta que hayan pasado 12 meses; entre ambas opciones, la que ocurra primero.

Firma del empleado	Fecha
---------------------------	--------------



NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。