

Complete este formulario si usted, su cónyuge, pareja doméstica o hijo(s) dependiente(s) rechazan esta cobertura de salud, dental, de la vista y/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). Escriba de forma digital o a mano 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 donde vive**

Estado civil Casado(a) ☐ Sí ☐ No
Convivencia en pareja ☐ Sí ☐ No **Puesto de trabajo**

Soy un empleado permanente de tiempo completo que trabaja de forma activa, al menos, 30 horas por semana para este empleador. ☐ Sí ☐ No **O BIEN**
Soy un empleado permanente de tiempo parcial que trabaja de forma activa, 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
☐ Para mi cónyuge/pareja doméstica solamente
☐ Para mis hijos solamente
☐ Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos solamente
☐ Para los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan dental, rechazo esa cobertura:

- ☐ Para mí y todos mis dependientes
☐ Para mi cónyuge/pareja doméstica solamente
☐ Para mis hijos solamente
☐ Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos solamente
☐ Para los siguientes dependientes solamente:

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

- ☐ Para mí y todos mis dependientes
☐ Para mi cónyuge/pareja doméstica solamente
☐ Para mis hijos solamente
☐ Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos solamente
☐ Para los siguientes dependientes solamente:

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

- ☐ Para mí

Motivo por el que el empleado o el dependiente rechazan la cobertura de salud

Otra cobertura de salud ofrecida por un empleador

- ☐ Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan de salud grupal.
☐ Tiene cobertura de otro plan de salud que ofrece este empleador (a través de otra aseguradora).
☐ Tiene cobertura del 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.
☐ Otros motivos.

Otra cobertura de salud no ofrecida por un empleador

- ☐ Tiene cobertura de un plan de salud individual o familiar.
☐ Tiene cobertura de 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 o el dependiente rechazan la cobertura dental

Otra cobertura dental

- ☐ Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan dental grupal.
☐ Tiene cobertura del 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.
☐ Tiene cobertura de un plan dental individual o familiar.
☐ Otros motivos.

Motivo por el que el empleado o el dependiente rechazan la cobertura de la vista

Otra cobertura de la vista

- ☐ Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan de la vista grupal.
☐ Tiene cobertura del 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.
☐ Tiene cobertura de un plan de la vista individual o familiar.
☐ Otros motivos.

Motivo por el que el empleado o el dependiente rechazan la cobertura del seguro de vida

Otra cobertura de seguro de vida

- ☐ Tiene 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.

Reconozco que mi empleador me ha explicado la cobertura que está disponible para mí. Sé que tengo derecho a inscribirme en esta cobertura, y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los tuviera. En este momento, renuncio a inscribirme, así como a inscribir a mi cónyuge/pareja doméstica y/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 rechace la cobertura.

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

Además, si agrego 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 después del 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 después de haber recibido el aviso de elegibilidad para participar en esos programas de ayuda en el pago de las primas.

Si he explicado antes que el motivo por el que rechazo la cobertura para mí o para mi(s) dependiente(s) es porque tengo la 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 pase primero.

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Firma del empleado

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

Fecha

C19927GRP-FF-SP_0127