

Formulario de renuncia para empleados de California Para pequeños grupos



Los planes de atención médica son proporcionados por Anthem Blue Cross. Los planes de seguro son proporcionados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.

Instrucciones: Rellene el formulario y devuélvaselo al administrador de grupo. Usted, el empleado, debe rellenar esta solicitud. Es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. Para evitar posibles demoras, responda todas las preguntas y asegúrese de firmar y fechar la solicitud. **Nota:** Anthem Blue Cross (Anthem) debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar los números del Seguro Social.

Núm. de grupo/caso
(si lo conoce)

Sección 1: Información del empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social ¹
Condición de empleo (obligatorio) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Fecha de contratación (obligatorio) (MM/DD/AAAA)	Fecha de entrada en vigencia solicitada	
Nombre del empleador		Ocupación/cargo (obligatorio)	
¿Puede leer y escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, el traductor debe firmar y presentar una declaración de responsabilidad/de traductor.			

Sección 2: Renuncia/rechazo de cobertura (debe completarse únicamente si usted o sus dependientes elegibles rechazan la cobertura). Es posible que se le exija presentar prueba de cobertura. (La prueba de cobertura no se aplica para seguros de vida y por discapacidad).

Tipo de cobertura/para quién se rechaza: seleccione todas las opciones que correspondan.		Motivo para rechazar/negarse a la cobertura: seleccione todas las opciones que correspondan.
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad de corto plazo <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad de largo plazo	<input type="checkbox"/> Sin cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/la pareja doméstica <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica cubierto por la cobertura de grupo del empleador <input type="checkbox"/> Inscrito en una cobertura individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medi-Cal/VA <input type="checkbox"/> Inscrito en otro seguro (proporcione el nombre de la compañía y del plan): _____ <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____
<input type="checkbox"/> Cónyuge/ pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida del dependiente	
<input type="checkbox"/> Dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida del dependiente Incluya los nombres de los dependientes que renuncian: _____	

Reconozco que mi empleador me ha explicado cuáles son las coberturas disponibles y comprendo que tengo derecho a solicitar una cobertura. Se me ha dado la oportunidad de solicitar esta cobertura y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los hubiera. He tomado esta decisión de manera voluntaria y nadie, incluidos, entre otros, mi empleador, agente de seguros o prestadora de seguros de vida, ha intentado influenciarme o presionarme para que renuncie a la cobertura. AL RENUNCIAR A ESTA COBERTURA MÉDICA, DENTAL, DE LA VISIÓN, DE DISCAPACIDAD Y/O DE VIDA DE GRUPO (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O LOS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA DE GRUPO, DENTAL, DE LA VISIÓN, DE DISCAPACIDAD O DE VIDA DE OTRA FUENTE), RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE MIS DEPENDIENTES Y YO DEBAMOS ESPERAR HASTA EL PRÓXIMO PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA INSCRIBIRNOS EN ESTE PLAN DE SEGURO GRUPAL MÉDICO, DENTAL O DE LA VISIÓN, A MENOS QUE YO CALIFIQUE PARA UNA INSCRIPCIÓN ABIERTA ESPECIAL. Asimismo, entiendo que si deseo solicitar cobertura de Seguro de vida en el futuro, tendré que presentar una evidencia de asegurabilidad por mi propia cuenta. Tenga en cuenta que la cobertura para cónyuge/pareja doméstica y dependientes no estará disponible si el Empleado ha renunciado a la cobertura o la ha rechazado.

¹ Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar esta información.

Inscripción abierta especial (no aplica para seguros de vida y por discapacidad)

Si rechazó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluso para su cónyuge/pareja doméstica), es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan de beneficios de salud o cambiar los planes de beneficios de salud como consecuencia de ciertas situaciones desencadenantes, a saber: (1) usted o su dependiente pierden la cobertura básica mínima; (2) usted tiene un nuevo dependiente o se vuelve uno; (3) usted tiene la obligación de obtener cobertura como dependiente conforme a una orden judicial estatal o federal válida; (4) fue liberado de prisión; (5) el emisor de su cobertura médica infringió considerablemente una disposición importante del contrato de cobertura médica; (6) accedió a nuevos planes de beneficios de salud como consecuencia de una mudanza permanente; (7) usted recibía servicios de un proveedor contratante conforme a otro plan de beneficios de salud, para una de las afecciones descritas en la Sección 1373.96(c) del Código de Salud y Seguridad, y ese proveedor ya no participa en el plan de beneficios de salud; (8) es miembro de las fuerzas de reserva de la milicia de los Estados Unidos o miembro de la Guardia Nacional de California, y vuelve de prestar servicio activo; o (9) demuestra ante el departamento que no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el periodo de inscripción inmediatamente anterior porque no estaba informado de que tenía cobertura básica mínima. Debe pedir una inscripción especial dentro de los 60 días a partir de la fecha del evento desencadenante para poder inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan de beneficios de salud o cambiar los planes de beneficios de salud como consecuencia de un evento desencadenante calificado.

Firma del solicitante si rechaza su cobertura o la de sus dependientes X	Fecha (MM/DD/AAAA)
--	--------------------

¹ Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar esta información.