

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Empleados y propietarios: Utilice este formulario únicamente para rechazar la cobertura médica de grupo. Aquellos que estén cubiertos por otro(s) plan(es) de salud de este empleador, no deberían completar este formulario.

Empleadores: Guarde una copia de este formulario en sus archivos. Asegúrese de que el campo del nombre del administrador o compañía de seguros esté completo para evitar demoras en el procesamiento. **Si desea cancelar un plan de seguro para un suscriptor, use el formulario Subscriber Termination/Transfer Form.**

1 INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

Nombre de la compañía	N.º de identificación del grupo (si tiene uno asignado)
-----------------------	---

2 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 especial.

El motivo del rechazo y el nombre del administrador o compañía de seguros afectan el requisito de participación. **Únicamente la cobertura de grupo cuenta para el requisito de participación.**

Motivo del rechazo (marque uno):

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

Nombre del administrador (obligatorio):

- Estoy cubierto por otro empleador para el que trabajo.

Nombre del administrador (obligatorio):

- Estoy cubierto por Medicare, Medi-Cal o Tricare (beneficios del ejército o la Administración de Veteranos).

- Estoy cubierto por un plan de salud individual.

Nombre del administrador (obligatorio):

- Otro motivo del rechazo:

3 LEA Y FIRME

Si usted rechaza la cobertura para sí mismo, también está rechazando la cobertura para sus dependientes elegibles. Solo puede inscribirse o cambiar su cobertura durante el período de inscripción abierta anual establecido por su empleador, o durante un período de inscripción especial, si ha tenido un evento especial. Tiene que solicitar la cobertura no más de 60 días después del evento especial. Los eventos especiales 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 adición de 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 X	Fecha