

Formulario de renuncia para empleados de California Para grupos pequeños



Planes médicos proporcionados por Anthem Blue Cross y planes de seguro proporcionados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.

Instrucciones: Rellene el formulario y devuélvaselo al administrador de grupo. Usted, el empleado, debe llenar esta solicitud. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y estén completos. Para evitar posibles demoras, responda todas las preguntas y asegúrese de firmar y fechar la solicitud.

Complete con tinta negra solamente.

Núm. de grupo/caso (si lo conoce)

Sección 1: Información del empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social¹
Dirección de casa (no se aceptan apartados postales a menos que sea una dirección rural)	Ciudad	Estado	Código postal
Condición de empleo (requerida) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Fecha de contratación (requerida) (MM/DD/AAAA)	Fecha de entrada en vigencia solicitada	
Nombre del empleador			
¿Puede leer y escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es negativa, el traductor debe firmar y presentar una declaración de responsabilidad/de traductor.			

Sección 2: Renuncia/Rechazo de cobertura

Debe completarse únicamente si usted y/o sus dependientes elegibles rechazan la cobertura. Es posible que se le exija presentar una prueba de cobertura.

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"/> Visión	<input type="checkbox"/> Sin cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por la cobertura grupal del cónyuge o pareja doméstica <input type="checkbox"/> El cónyuge o pareja doméstica está cubierto por la cobertura grupal de su empleador <input type="checkbox"/> Está inscrito en una cobertura individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medi-Cal/VA <input type="checkbox"/> Está inscrito en otro seguro (proporcione el nombre de la compañía y del plan): <input type="checkbox"/> Otro (explique):
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	
<input type="checkbox"/> Dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión 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 o agente de seguros, ha intentado influenciarme o presionarme para que renuncie a la cobertura. AL RENUNCIAR A ESTA COBERTURA MÉDICA, DENTAL Y DE LA VISIÓN GRUPAL (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O LOS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA, DENTAL Y DE LA VISIÓN GRUPAL DE OTRA FUENTE), RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE MIS DEPENDIENTES Y YO DEBAMOS ESPERAR HASTA EL PRÓXIMO PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA INSCRIBIRNOS EN ESTE PLAN DE SEGURO MÉDICO, DENTAL Y DE LA VISIÓN GRUPAL, A MENOS QUE YO CALIFIQUE PARA UNA INSCRIPCIÓN ABIERTA ESPECIAL. Tenga en cuenta que la cobertura para cónyuge o pareja doméstica y dependientes no estará disponible si el Empleado ha renunciado/rechazado la cobertura.

Inscripción abierta especial

Si rechazó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluso para su cónyuge o 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 y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.