

INFORMACIÓN IMPORTANTE

PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADO O DEL EMPLEADOR: NO ENVÍE EL FORMULARIO A SU REPRESENTANTE DE KAISER PERMANENTE.

Empleados: Use este formulario únicamente para rechazar la cobertura de salud grupal y envíeselo a su empleador.

Empleadores: Guarde este formulario para sus registros. **Para dar de baja a un suscriptor, use el formulario Subscriber Termination, Transfer, and Reinstatement (Cancelación, transferencia y reactivación de un suscriptor).**

1 INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa	Identificación del grupo (si tiene una asignada)
----------------------	--

2 MOTIVO DEL RECHAZO

Mi empleador me ha ofrecido una cobertura de salud grupal de Kaiser Permanente. Elijo de manera voluntaria no inscribirme en un plan de Kaiser Permanente en este momento. Entiendo que la próxima oportunidad para hacerlo será durante el periodo de inscripción abierta anual o después de un evento calificado.

El motivo del rechazo y el nombre del prestador afectan el requisito de participación.

Motivo del rechazo (marque uno):

- Tengo la cobertura del plan de salud de otro empleador a través de mi cónyuge, pareja doméstica, padre o madre.
- Tengo la cobertura de otro plan de salud ofrecido por este empleador.
- Tengo la cobertura de otro empleador para el que trabajo.
- Tengo la cobertura grupal a través de COBRA o Cal-COBRA.
- Tengo la cobertura de Medicare, Medi-Cal o TRICARE (beneficios del ejército o de la Administración de Veteranos).
- Estoy cubierto por un plan de salud individual.
- No me interesa inscribirme en este momento.

3 INFORMACIÓN PARA LEER Y FIRMAR

Si rechaza la cobertura para sí mismo, también está rechazando la cobertura para sus dependientes elegibles. Solo puede inscribirse en la cobertura, o cambiarla, durante el periodo de inscripción abierta anual establecido por su empleador o durante un periodo de inscripción especial si ha tenido un evento calificado. Debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores al evento especial. Los eventos calificados para la inscripción especial incluyen:

- Aumento de las horas de trabajo de modo tal que cumple el requisito de elegibilidad de su empleador para obtener un plan médico.
- Reincorporación al trabajo después de una licencia.
- Cancelación involuntaria o pérdida de otra cobertura grupal.
- Un dependiente pierde la cobertura que tenía.
- Matrimonio o incorporación de una pareja doméstica.
- Nacimiento, adopción o entrega en adopción de un niño.
- Orden judicial.
- Muerte de un cónyuge, pareja doméstica o dependiente.

Nombre completo (escriba en letra de imprenta)

Firma

Fecha

X