

RENUNCIA A INSCRIPCIÓN (para el grupo de uso exclusivo)



BlueCross
BlueShield
of Kansas



BlueCross
BlueShield
Kansas Solutions

Me ha sido ofrecido el programa de seguro de salud grupal y estoy renunciando a mi derecho a participar, ya que:

SALUD/MEDICAMENTOS

Estoy cubierto por el programa de seguro de mi cónyuge o el de mis padres el cual incluye:

Seguro de Salud/Medicamentos solamente Seguro Dental solamente Seguro de Salud/Medicamentos y Dental

Nombre del Cónyuge o del Padre: _____ N.º de ID del Plan _____

Lugar de Empleo: _____

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

No deseo inscribirme en la cobertura Blue Cross and Blue Shield of Kansas en este momento y no poseo otro seguro.

Otro especifique: _____

Aviso sobre los Derechos de Inscripción: Si usted renuncia a la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud; en el futuro usted o sus dependientes podrán inscribirse en este plan como resultado de un suceso desencadenante. Consulte a su líder de grupo para obtener más detalles.

DENTAL

No deseo inscribirme en Blue Cross and Blue Shield of Kansas Dental en este momento, y no poseo otro Seguro Dental.

Pueden aplicarse restricciones si usted no se inscribe en la primera oportunidad.

Los grupos deben cumplir con los Requisitos de Participación para renovar el plan de seguro de salud patrocinado por su grupo. Para obtener información más detallada, consulte la Sección de Elegibilidad del Manual de Administración del Grupo.

Tome en cuenta que: si usted no tiene una cobertura esencial mínima (MEC en inglés), es posible que usted esté sujeto a la penalización del mandato individual de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Firma del Empleado: _____ Nombre del Empleado (escribir en letra de imprenta) _____

Nombre del Empleador: _____ N°. de Grupo _____ Fecha: _____

La versión oficial de este formulario es la versión en inglés. Las versiones de este formulario en cualquier idioma distinto del inglés se proporcionan únicamente con fines informativos.

The English language version of this form is the official version; a version of this form in any other language other than English, is furnished for informational purposes only.