

Complete este formulario si usted, su cónyuge, pareja doméstica o hijo(s) dependiente(s) rechazan esta cobertura de salud, dental, de la vista o de seguro de vida grupal que ofrece el empleador. (El empleador debe guardar una copia de este formulario para entregársela a Blue Shield cuando se la pida). Escriba a máquina o en letra de imprenta. Use tinta negra. ***Nota: Se debe brindar el número de Seguro Social del empleado para todos los empleados elegibles.**

Nombre del empleado **Número de Seguro Social** **Fecha de nacimiento**

Nombre del empleador (grupo) **Fecha de contratación** **Estado donde vive**

Estado civil Casado/a Sí No
 Pareja doméstica Sí No **Puesto de trabajo**

¿El empleado es un empleado de tiempo completo que trabaja, al menos, 30 horas por semana para este empleador? Sí No **O bien**
 ¿El empleado es un empleado de tiempo parcial que trabaja, al menos, 20 horas por semana para este empleador? Sí No

Rechazo de la cobertura: **Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura de salud**

- Rechazo la cobertura del plan de salud:
- Para mí y todos mis dependientes
 - Para mi cónyuge/pareja doméstica solamente
 - Para mis hijos solamente
 - Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos solamente
 - Los siguientes dependientes solamente:
- COBERTURA DE SALUD QUE OFRECE OTRO EMPLEADOR**
- Se inscribe como dependiente de un empleado en este plan de salud grupal.
 - Tiene cobertura de otro plan de salud que ofrece este empleador (a través de otra aseguradora).
 - Tiene cobertura del plan de salud de otro empleador, que incluye la cobertura de la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, Ley Consolidada General de Conciliación Presupuestaria) o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior.

- Si se ofrece un plan dental, rechazo esa cobertura:
- Para mí y todos mis dependientes
 - Para mi cónyuge/pareja doméstica
 - Para mis hijos
 - Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos
 - Los siguientes dependientes solamente:
- COBERTURA DE SALUD QUE NO OFRECE UN EMPLEADOR**
- Tiene cobertura de un plan de salud individual o familiar.
 - Tiene cobertura de un programa del gobierno, que incluye Medicare, Medi-Cal, Programa Healthy Families, TRICARE, Programa de Salud para Tribus/Indígenas Urbanos, Servicio de Salud Indígena y Administración de Salud de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).
- OTROS MOTIVOS**

- Si se ofrece un plan de la vista, rechazo esa cobertura:
- Para mí y todos mis dependientes
 - Para mi cónyuge/pareja doméstica
 - Para mis hijos
 - Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos
 - Los siguientes dependientes solamente:
- Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura dental**
- OTRA COBERTURA DENTAL**
- Se inscribe como dependiente de un empleado en este plan dental grupal.
 - Tiene cobertura del plan dental de otro empleador, que incluye la cobertura dental de COBRA o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior.
 - Tiene cobertura de un plan dental individual o familiar.
- OTROS MOTIVOS**

- Si se ofrece un plan de seguro de vida, rechazo esa cobertura:
- Para mí
- Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura de la vista**
- OTRA COBERTURA DE LA VISTA**
- Se inscribe como dependiente de un empleado en este plan de la vista grupal.
 - Tiene cobertura del plan de la vista de otro empleador, que incluye la cobertura de la vista de COBRA o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior.
 - Tiene cobertura de un plan de la vista individual o familiar.
- OTROS MOTIVOS**

- Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura del seguro de vida**
- OTRA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA**
- Tiene cobertura de seguro de vida de otro empleador a través de su cónyuge/pareja doméstica o padre/madre.
- OTROS MOTIVOS**
- Costo de la cobertura
 - No necesita o no quiere la cobertura

Reconozco que mi empleador me ha explicado la cobertura que está disponible para mí. Sé que tengo derecho a inscribirme en esta cobertura, y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los tuviera. En este momento, renuncio a inscribirme, así como a inscribir a mi cónyuge/pareja doméstica y/o a mi(s) hijo(s) dependiente(s) en el plan de salud grupal que ofrece mi empleador. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie ha tratado de influir en ella ni me ha presionado para que rechace la cobertura.

Si renuncio a inscribirme o inscribir a mis dependientes porque tengo otra cobertura de salud o porque el empleador dejará de contribuir a esta cobertura, acepto que puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes en este plan si lo pido dentro de los 60 días después de que termine mi otra cobertura o la de mis dependientes, o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura.

Además, si agrego un nuevo dependiente como consecuencia de un matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos, acepto que tanto yo como mis dependientes podemos pedir la inscripción en el plan de salud de mi empleador si pedimos esa cobertura dentro de los 60 días después del matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos. También acepto que, cuando mis dependientes o yo seamos elegibles para inscribirnos en los programas de ayuda en el pago de las primas Healthy Families o Medi-Cal, mis dependientes o yo podremos pedir la inscripción en el plan de salud de mi empleador si pedimos esa cobertura dentro de los 60 días después de haber recibido el aviso de elegibilidad para participar en esos programas de ayuda en el pago de las primas.

Si he indicado antes que el motivo por el que rechazo la cobertura para mí o para mi(s) dependiente(s) es porque tengo la cobertura de un plan de beneficios de salud de otro empleador, acepto que, si mi(s) dependiente(s) o yo involuntariamente perdemos la cobertura del plan de beneficios de salud del otro empleador, debo pedir la inscripción para mí o para mi(s) dependiente(s) en el plan de beneficios de salud de mi empleador dentro de los 60 días siguientes. De lo contrario, entiendo que quizá no pueda inscribirme ni inscribir a mis dependientes en el plan de salud de mi empleador hasta el final del siguiente período de inscripción abierta de mi empleador o hasta que hayan pasado 12 meses; entre ambas opciones, la que pase primero.

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Las personas que, a propósito, brinden información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar la cobertura de seguro o para hacer una reclamación por el pago de una pérdida son culpables de un delito y pueden estar sujetas a multas y reclusión en una prisión estatal.

Firma del empleado **Fecha**