

Formulario de declinación de cobertura

TO BE COMPLETED BY GROUP ADMINISTRATOR ONLY	GROUP NUMBER	EFFECTIVE DATE	ADMINISTRATOR NAME
Nombre del empleado:	Apellido	Nombre	Segundo nombre
Número Seguro Social	Fecha de empleo tiempo completo	Fecha de nacimiento	
Nombre de Grupo			
Dirección de Grupo			

Marcar uno sólo: Estoy renunciando Cobertura de empleado Estoy renunciando Cobertura de dependiente/esposo(a)

Certifico que me han dado la oportunidad de participar en el plan grupal de seguro de salud ofrecido por mi patrón y he declinado participar. He declinado participar por la siguiente razón (marque uno):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Otro plan ofrecido por mi patrón | <input type="checkbox"/> La cobertura grupal de mi esposo(a) |
| <input type="checkbox"/> Un plan individual | <input type="checkbox"/> Un plan gubernamental (tipo) |
| <input type="checkbox"/> COBRA o State Continuation | <input type="checkbox"/> Mis dependientes y/o yo actualmente no estamos cubiertos bajo ningún otro plan de salud |

Otra (explique): _____

Nombres de todos los dependientes renunciando cobertura para este plan grupal:

Yo comprendo que si elijo solicitar cobertura para mi mismo, para mi esposo(a), y/o mis hijos dependientes por medio de este plan de beneficios de salud de este patrón a un tiempo en el futuro, la solicitud puede estar sujeto a un período de espera extendido para condiciones pre-existentes o puedo estar retrasado hasta el período de inscripción abierto de mi patrón.

Aviso importante sobre inscripción especial

Si usted no quiere inscribirse, o inscribir a sus dependientes (incluyendo a su esposo/a) porque ya tiene otra cobertura de seguro médico u otro plan grupal de seguro médico, y luego pierde su elegibilidad para dicho seguro médico (o si su patrón ya no ayuda con los pagos de las primas para la cobertura suya o de su dependiente), pueda que sea posible inscribirse en este plan si es que haya perdido su cobertura del otro plan. Sin embargo, usted tiene que pedir la inscripción dentro de "30 días" o el número de días que corresponde al plan, después de que usted pierda cobertura médica o la de sus dependientes (o después de que el patrón deja de pagar parte de las primas de la otra cobertura).

Además, si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción, o colocación en su casa anticipando una adopción, usted pueda tener la oportunidad de inscribirse a si mismo y a sus dependientes. Sin embargo, usted tiene que pedir la inscripción dentro de "30 días" o el número de días que corresponde al plan después de un matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción, o colocación en su casa anticipando una adopción, o cuidado de un niño bajo custodia temporal legal.

Si tiene preguntas o quiere más información, póngase en contacto con un representante de Servicio al cliente de BCBSNC:

BCBSNC Customer Services

1-877-258-3334

Firma del empleado _____ Fecha _____

Aviso de Declinación de Cobertura debe estar recibido por Blue Cross and Blue Shield of North Carolina dentro de 30 días desde la fecha en que el empleado cumpla con los requisitos para cobertura.

An Independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. © Registered marks of the Blue Cross and Blue Shield Association. SM Service mark of Blue Cross and Blue Shield of North Carolina.

Innovative health care designed around you.™ | bcbsnc.com



**BlueCross BlueShield
of North Carolina**