

# 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 de seguro social	Fecha de empleo a tiempo completo		Fecha de nacimiento
Nombre del grupo			
Dirección del grupo			

**Marcar uno sólo:**  Estoy renunciando a la Cobertura de empleado  
 Estoy renunciando a la Cobertura de dependiente/cónyuge

Certifico que me han dado la oportunidad de participar en el plan grupal de seguro médico que ofrece mi empleador y he declinado participar por la siguiente razón (marque uno):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Otro plan ofrecido por mi empleador | <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 o yo no estamos cubiertos actualmente bajo ningún otro plan de salud |

Otra (explique): \_\_\_\_\_

Nombres de todos los dependientes que están renunciando a la cobertura para este plan grupal:

Yo comprendo que si elijo solicitar cobertura en el futuro para mi mismo, para mi cónyuge, o mis hijos dependientes por medio de este plan de beneficios de salud con este empleador, la solicitud puede estar sujeta a un período de espera extendido por condiciones previas o tendré que esperar hasta el período de inscripción abierta de mi empleador.

## Aviso importante sobre inscripción especial

Si no quiere inscribirse, o inscribir a sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) porque ya tiene otra cobertura de seguro médico (incluidos Medicaid y Children's Health Insurance Program, CHIP) u otro plan de seguro médico grupal, y luego pierde su elegibilidad para dicho seguro médico (o si su empleador deja de contribuir con los pagos de las primas para su otra cobertura o la de sus dependientes), puede que sea posible que usted y sus dependientes se inscriban en este plan si han perdido la cobertura con el otro plan. Sin embargo, tiene que pedir la inscripción dentro de [ 30 ] días después de que su cobertura médica o la de sus dependientes termine (aparte de Medicaid o CHIP) o si su empleador deja de pagar parte de las primas de la otra cobertura y dentro de 60 días después de perder la elegibilidad para Medicaid o CHIP.

Además, si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción o colocación de un niño en su casa anticipando una adopción, puede tener la oportunidad de inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, tiene que pedir la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción, colocación en su casa anticipando una adopción o cuidado de un niño bajo custodia temporal legal, excepto si al agregar el niño a la póliza no representa un cambio en el valor de las primas del seguro.

Si tiene alguna inquietud o desea obtener más información, comuníquese con un representante de Servicio al cliente de BCBSNC:

**BCBSNC Customer Service**  
**Blue Cross and Blue Shield of North Carolina**  
PO Box 2291 • Durham, NC 27702-2291  
**1-877-258-3334 (llamada gratuita)**

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Blue Cross Blue Shield of North Carolina debe recibir este Aviso de declinación de cobertura dentro de 30 días desde la fecha en que el empleado cumpla con los requisitos para cobertura.

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. © Marca de Blue Cross and Blue Shield Association. SM1 Marca de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina.

