

FORMULARIO DE RENUNCIA



Regence BlueShield is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Nombre del grupo		Número del grupo	
Nombre del empleado		Número de seguro social del empleado	
Fecha de nacimiento	Sexo		Estado civil
	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)
Renunció a		Nº horas trabajadas a la semana	
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Dental		

Me han ofrecido cobertura en el plan Regence BlueShield de este grupo, pero renuncio a la cobertura por el siguiente motivo:

- Tengo cobertura de TRICARE (CHAMPUS).
- Tengo cobertura de Medicare como primario, a solicitud del afiliado de Medicare.
- Tengo cobertura de otro plan de salud grupal a través de cónyuge o padre.
(Nombre del empleador del grupo _____)

Si usted ha elegido alguna de las opciones anteriores, sírvase adjuntar evidencia de la cobertura. La evidencia puede ser una copia de la factura del mes anterior, tarjeta de identificación del seguro o comprobante similar. Sírvase notar que la inscripción en un plan de salud individual no es un motivo válido para renunciar a la cobertura grupal.

Los requisitos de participación de nuestra compañía exigen la inscripción de todos los empleados elegibles en la cobertura dental y/o médica emitida por nuestra Compañía. El costo de la cobertura no es un motivo válido para que un empleado elegible no se inscriba en la cobertura. Sírvase comunicarse con su Administrador de Grupo si tiene alguna pregunta concerniente a su situación de elegibilidad.

Si usted renuncia a la cobertura de este plan médico/dental para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro de salud, puede en ciertas circunstancias inscribir a usted mismo(a) o a sus dependientes en este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción en un periodo no mayor de 30 días después de la finalización de su otra cobertura. Además, si usted renuncia a inscribirse en este plan médico en este momento, y luego adquiere un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribir a usted mismo(a) o a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo no mayor de 31 días después de su matrimonio, o 60 días después del nacimiento, adopción, o colocación para adopción. Sin embargo, si usted da por terminada su otra cobertura voluntariamente después de renunciar a esta cobertura, usted y sus dependientes quizás no sean elegibles en este plan hasta el siguiente periodo de apertura de inscripción. Sírvase comunicarse con su Administrador del Grupo o con nuestro Departamento de Servicios al Miembro si necesita mayor información.

Tengo entendido que cualquiera de mis dependientes y/o yo no podremos obtener cobertura según el plan Blueshield Regence de este grupo hasta el siguiente periodo de apertura de inscripción a menos mis dependientes y/o yo calificamos para la inscripción según el reglamento especial de inscripción mencionado anteriormente.

Firma del empleado

Fecha