

# Renuncia a la inscripción

solo para uso de grupos



## Sección 1 – Seguro médico/Recetas médicas

Se me ha ofrecido el programa de seguro grupal y estoy renunciando a mi derecho a participar debido a lo siguiente:

Tengo la cobertura del programa de seguro de mi cónyuge o padre/madre, que incluye:

- Solamente seguro médico/Recetas médicas     Solamente seguro dental     Seguro médico/Recetas médicas y seguro dental

\_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge o padre/madre

\_\_\_\_\_  
No. de identificación del plan

\_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía aseguradora

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

Otro (por favor especifique)

Aviso de derechos de inscripción: Si está rechazando la inscripción para usted o sus derechohabientes (incluyendo a su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro médico, es posible que usted pueda inscribirse o inscribir a sus derechohabientes en este plan en el futuro, después de un suceso desencadenante. Verifique con el líder de su grupo para obtener información detallada.

## Sección 2 : Seguro dental

No deseo inscribirme en este momento en el seguro dental de Blue Cross and Blue Shield of Kansas y no tengo otro seguro dental.

## Sección 3 : Autorización

Es posible que apliquen restricciones si no se inscribe en la primera oportunidad.

### Se requiere su firma

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador

\_\_\_\_\_  
Número de grupo