



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

Regence BlueShield of Idaho
1602 21st Avenue
PO Box 1106
Lewiston, Idaho 83501

Formulario de renuncia (Tamaño del grupo 2 a 50)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del grupo	Número del grupo										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td> </tr> </table>										

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado (apellido, primer nombre, segundo nombre)		
Fecha de contratación del empleado	Cantidad promedio de horas trabajadas a la semana	Renuncia de cobertura para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/dependientes <input type="checkbox"/> Sólo dependientes

Nombre del dependiente que renuncia a la cobertura (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Relación con el empleado

* Si requiere más espacio adjunte una hoja adicional.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA A LA QUE SE RENUNCIA

Me han ofrecido cobertura bajo el plan de mi grupo por medio de Regence BlueShield of Idaho, pero renuncio a la cobertura por la siguiente razón:

- No deseo inscribirme ni inscribir a mis dependientes en cobertura de grupo en este momento.
- Comprendo que al no inscribirme en la cobertura de seguro médico/dental, por este medio renuncio al derecho de cobertura de seguro médico/dental para mí y para cualquier dependiente elegible bajo la Ley de Disponibilidad de Seguro Médico para el Pequeño empresario. Me han informado y comprendo las consecuencias de rechazar la cobertura de seguro médico/dental en este momento. También comprendo que solicitar inscripción en una fecha posterior puede requerir períodos de espera para condiciones preexistentes, sin exceder un período de doce (12) meses.

- Actualmente tengo cobertura aceptable con otra compañía:

Compañía aseguradora _____ **Número de póliza** _____

Tipo de póliza: Grupo Individual Medicare Medicaid TriCare Indian Health

Otros _____

Si usted está renunciando a la cobertura bajo este plan médico/dental para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) a causa de otro seguro médico o cobertura de un plan de atención médica de grupo, podrá inscribirse usted y sus dependientes bajo este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o un empleador deja de contribuir para esa otra cobertura), siempre que solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice su cobertura o la de sus dependientes (o que finalicen las contribuciones de su empleador). Además, si usted renuncia a la inscripción en este plan médico/dental en este momento, y posteriormente adquiere un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted mismo(a) o a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo no mayor de 60 días después de su matrimonio, del nacimiento, adopción o colocación para adopción. Comuníquese con su Administrador de grupo si requiere más información.

Comprendo que ninguno de mis dependientes ni yo podremos obtener cobertura bajo el plan de mi grupo por medio de Regence BlueShield of Idaho hasta el próximo período anual de inscripción, a menos que mis dependientes y yo calificemos para un período especial de inscripción.

He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por el Emisor para renunciar a la cobertura y certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que Regence BlueShield of Idaho se basará en cada respuesta para realizar la cobertura y calificar las determinaciones.

Por este medio confirmo que he revisado toda la información proporcionada en esta solicitud (sin importar si la llené yo o alguien más me ayudó a llenarla) y certifico que es exacta y completa. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente a Regence BlueShield of Idaho por escrito en caso de que ocurra algún cambio antes de que mi cobertura entre en vigencia, que haga que cualquier respuesta en esta solicitud sea inexacta o incompleta.

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

