

Solicitud del Empleado

Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Planes de Blue Shield para grupos de 2 a 50 empleados que cumplen con los requisitos

En vigor el 1 de enero de 2011

Es muy importante que conteste todas las preguntas. La información faltante puede demorar el proceso.

1. Suministre los datos del empleado que se solicitan.
2. Marque la(s) casilla(s) para indicar su elección de cobertura e incluya el nombre del plan según corresponda.
(Ejemplo: Dental HMO® Basic
o Vision Standard 0/0/130)
3. Proporcione el número de Seguro Social de cada miembro que se inscriba.
4. Marque la casilla "Se inscribe en un Plan Médico" por cada dependiente incluido en esta sección. En el espacio provisto, enumere a todos los dependientes que cumplen con los requisitos y que usted desea inscribir (incluso el cónyuge o la pareja conviviente), e incluya la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social y el vínculo con el empleado. La cobertura de parejas convivientes está incluida en todos los planes de salud grupales de Blue Shield. Verifique con su empleador cuáles son los criterios en cuanto a los requisitos. **Si elige un plan Access+ HMO, Local Access+ HMO o Added Advantage POSSM, debe elegir un Médico Personal.** Ingrese el número de proveedor y el nombre del Grupo Médico (MG, por sus siglas en inglés) o IPA. Encontrará el número de identificación en el directorio de proveedores HMO que se encuentra en **blueshieldca.com**. Tenga en cuenta las pautas importantes sobre la inscripción en el plan de beneficios especiales, que se describen a la derecha.

Si los hijos dependientes tienen menos de 26 años, es posible que cumplan con los requisitos. Los hijos dependientes mayores de 25 años que sean discapacitados pueden mantener los beneficios de un plan grupal en tanto sean incapaces de conservar un empleo por sus propios medios y dependan principalmente del suscriptor, su cónyuge o pareja conviviente para recibir apoyo y manutención. Junto con la solicitud de inscripción, deberá presentar un certificado de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de la aseguradora grupal anterior y un certificado de discapacidad emitido por el Médico (Formulario C3674). Para seguir cumpliendo con los requisitos, debe presentar un certificado que indique que la discapacidad aún existe.

Access Baja HMO

- Para inscribirse en Access Baja HMO, debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de Access Baja a fin de garantizar el acceso razonable a la atención.

- Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores de Access Baja HMO* para elegir un médico de atención primaria y obtener información sobre el área de servicio.

Es importante que entienda las normas de atención tal como se reflejan en el Formulario de Revelación. El seguro dental, el seguro de la vista y el seguro de vida no están disponibles con los planes Access Baja.

Pautas importantes sobre la inscripción en el plan de beneficios especiales

Para que todos los dependientes estén cubiertos, debe marcar la casilla "Se inscribe en un Plan Dental y/o de la Vista" por cada dependiente incluido en la Sección 3 de la Solicitud del Empleado. Los empleados pueden elegir inscribir a la cantidad de dependientes aptos que deseen en un plan Dental PPO o Dental HMO de Blue Shield of California, o en el plan de la vista de Blue Shield of California/Blue Shield Life.

Dental PPO

- Para elegir una cobertura dental PPO, no es necesario que el empleado se inscriba en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Dental HMO

- Para elegir una cobertura dental HMO, no es necesario que el empleado se inscriba en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield Life.
- Para inscribirse en un plan dental HMO, **usted debe vivir o trabajar lo suficientemente cerca de un proveedor dental participante, a fin de garantizar el acceso razonable a la atención, según lo establece el plan.**
- Consulte el directorio de proveedores dentales de dental HMO para obtener información sobre las áreas de servicio.
- Si elige un plan dental HMO, debe indicar el número de identificación del proveedor dental que haya elegido. Encontrará el número de identificación en el directorio de proveedores dentales de dental HMO que se encuentra en **blueshieldca.com**. La asignación debe corresponder a un proveedor, no a un consultorio.

De la vista

- Para elegir cobertura de la vista, no es obligatorio que el empleado se inscriba en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

5. En la sección "Beneficiario del seguro de vida", indique el nombre de la persona a la que le corresponda recibir el beneficio del seguro de vida grupal, su vínculo con el empleado y su domicilio actual.
6. El empleado debe firmar y fechar la autorización para la deducción salarial y para la revelación de la información personal y sobre la salud. Blue Shield of California/Blue Shield Life no puede procesar la solicitud si no tiene una autorización firmada.

Formulario de Rechazo de Cobertura

Este formulario (que se encuentra en la última página de la presente solicitud) deberá ser utilizado por todos los empleados que renuncien a su propia cobertura o a la de sus dependientes. No se necesita este formulario para las solicitudes de seguro dental o de seguro de vida solamente.

Ingrese el nombre del empleado, el número de Seguro Social, el nombre del empleador (grupo), la fecha de contratación a tiempo completo y el estado civil. Marque la casilla correspondiente si usted, su cónyuge, su pareja conviviente o sus dependientes renuncian a la cobertura de salud, dental y/o de la vista. Marque la casilla que describa la razón por la que rechaza su cobertura, la de su cónyuge o la de sus dependientes. Indique el nombre de la otra aseguradora de salud y/o dental con la que usted o sus dependientes tienen cobertura. **Firme y feche si usted ha renunciado a la cobertura personal o a la de sus dependientes.**

Exclusión por afección preexistente

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) es una ley federal que limita los casos en que puede excluirse la cobertura debido a afecciones preexistentes. De acuerdo con esta ley, si la cobertura de salud de una persona se termina, y dicha persona se inscribe en una cobertura de salud nueva dentro de los 63 días posteriores (sin considerar los períodos de espera); la cobertura nueva debe acreditar el tiempo que dicha persona estuvo inscrita en la cobertura anterior en lo que respecta a la afección preexistente. Además, la ley estatal exige que se acredite el tiempo que una persona estuvo inscrita en una cobertura anterior si dicha persona se inscribe en una cobertura nueva dentro de los 180 días posteriores (sin considerar los períodos de espera) y si la "cobertura acreditable anterior" era una cobertura patrocinada por el empleador.

Los planes Shield Spectrum PPO, Shield Savings y Blue Shield Life Active ChoiceSM excluyen las afecciones preexistentes. Estas solo tendrán cobertura si usted ha estado cubierto de manera continua durante 6 meses consecutivos, incluido el período de espera de su empleador actual, si lo hubiera. La afección preexistente no se aplica a:

- Beneficios por embarazo.
- Niños recién nacidos o adoptados que tenían cobertura acreditable anterior dentro de los 30 días posteriores al nacimiento, la adopción o la acogida con fines adoptivos y que fueron inscritos en uno de los planes de Blue Shield of California o de Blue Shield Life dentro de los 63 días posteriores a dicha cobertura acreditable anterior (sin considerar los períodos de espera).
- Cualquier inscrito menor de 19 años.
- Empleados y dependientes que tenían una cobertura válida durante seis meses consecutivos mediante el plan de salud grupal anterior del empleador actual cuando se dio fin a esa cobertura y que están inscritos en la fecha de vigencia original del plan de salud de Blue Shield of California o de Blue Shield Life dentro de los 60 días de la finalización de dicha cobertura anterior.

Para que le acrediten cualquier cobertura acreditable anterior, consiga un Certificado de Cobertura Acreditable de su empleador, aseguradora o plan de salud anterior, y envíe dicho certificado a Blue Shield of California/Blue Shield Life. Si necesita ayuda, comuníquese con su Representante de Servicio al Cliente de Blue Shield.

Blue Shield of California/Blue Shield Life protege la confidencialidad y la privacidad de su información personal y sobre la salud. La información personal y sobre la salud incluye tanto la información médica como la información que lo identifica individualmente, tal como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social. No revelaremos dicha información, excepto en la medida en que la ley lo permita.

Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Solicitud del Empleado (de 2 a 50 empleados)

No escriba en las áreas sombreadas

- Inscripción de un grupo nuevo Contratación nueva
- Adición de familiares Recontratación
- Inscripción tardía Período de inscripción especial

B/U	OED	RSN	S	TOC	NP	PKG
-----	-----	-----	---	-----	----	-----

1 Información del empleado (complete a máquina o en letra de imprenta clara. Use tinta negra) Si usted, su cónyuge o sus dependientes rechazan la cobertura, complete y firme el formulario de Rechazo de Cobertura que se encuentra al final de esta solicitud.

Número de Seguro Social		Nombre del empleador (grupo)			Número de grupo	
Apellido				Nombre		Inicial segundo nombre
Dirección particular					N.º de apartamento	
Ciudad				Estado	CÓDIGO POSTAL	
Dirección postal (igual a la particular <input type="checkbox"/>)					N.º de apartamento	
Ciudad				Estado	CÓDIGO POSTAL	
Teléfono laboral ()		Teléfono particular ()		Correo electrónico		
Fecha de contratación a tiempo completo (mes/día/año)		Puesto laboral			Cantidad de seguro de Vida/Muerte y Desmembramiento Accidentales	

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? Elija una de las siguientes opciones: Correo electrónico Correo común
Teléfono: Particular Laboral Blue Shield utilizará su método de preferencia cuando sea posible.

¿Es usted un empleado de tiempo completo que trabaja activamente al menos 30 horas semanales para este empleador? Sí No
¿Es usted un empleado de tiempo parcial que trabaja al menos 20 horas semanales para este empleador? Sí No Si la respuesta es "No", explique:

Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja conviviente	
Mes	Día		Año	Preferencia de idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro:
Estatura		Peso		Marque la casilla "Sí" en caso de que esta solicitud contenga hojas adicionales <input type="checkbox"/> Sí

¿Tiene dependientes que cumplen con los requisitos? Sí No ¿Cuántos? _____ ¿Cuántos se inscribirán? _____
¿Alguno de los dependientes que cumplen con los requisitos y que no se inscribirán en este plan tiene cobertura de otro seguro de salud? Sí No
Complete el formulario de Rechazo de Cobertura incluido en esta solicitud para los dependientes que cumplen con los requisitos, pero no van a inscribirse.

2 Elección del plan

Planes con beneficios médicos

Access+ HMO 5 10 15 20 20 Value 30 25 40 Local Access+ HMO 5 10 15 20 20 Value 30 25 40

Shield Spectrum PPO Zero Deductible 250 Premier 250 Standard 500 Premier 500 Standard¹
 1000 500 Value¹ 750 Value^{1,4} 3000¹ 1000 Value^{1,4} 1500 Value^{1,4} 2000 Value^{1,4,5} [Base PPO^{1,4} 30 40 50]

Shield Savings² 1800/3600^{1,4} 2000/4000^{1,4} 2250/4500 QS 2000/4000 3000/6000¹ 2500¹
 4800¹ QS 3000/6000 QS 4800¹ Added Advantage POS Active Choice¹ 750 500

Access Baja HMO 5 10 Otro

Beneficios opcionales

Marque el (los) plan(es) e incluya los nombres según corresponda

- Plan dental PPO _____
- Plan dental HMO _____
- Plan de la vista _____
- Seguro de Vida/Muerte y Desmembramiento accidentales³ _____
- Seguro de Vida para un dependiente/Cantidad (máx. \$5,000) _____
- Otro _____

Nombre del Médico Personal de HMO/POS N.º de proveedor N.º IPA/GM ¿Es paciente actual? Sí No

Nombre del proveedor dental HMO Número del proveedor dental (no utilice el número del consultorio)

1 Asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.
2 Los planes Shield SavingsSM son planes de salud con deducibles altos que reúnen los requisitos para participar en las Cuentas de Ahorro para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés).
3 El seguro de vida grupal temporal para grupos de 2 a 9 empleados que cumplen con los requisitos está administrado y asegurado por medio de un fideicomiso de empleadores de grupos pequeños.
4 Se encuentra en trámite la aprobación reglamentaria de los planes Shield Spectrum PPO 750 Value, Shield Spectrum PPO 1000 Value, Shield Spectrum PPO 1500 Value, Shield Spectrum PPO 2000 Value, [Base PPO 30, Base PPO 40, Base PPO 50], Shield SavingsSM 1800/3600 y Shield SavingsSM 2000/4000.
5 La cobertura de medicamentos recetados que corresponde a este plan solo cubre medicamentos genéricos y excluye específicamente la cobertura de medicamentos recetados de marca.

Nombre completo del solicitante	Número de Seguro Social
---------------------------------	-------------------------

3 Información del dependiente: Los solicitantes de Access+ HMO, Local Access+ HMO y Added Advantage POS deben elegir un Médico Personal que figure en el *Directorio de Hospitales y Médicos de Access+ HMO* de Blue Shield. Los solicitantes de Dental HMO deben elegir un proveedor dental que figure en el directorio de proveedores de dental HMO. Puede elegir un Médico Personal de Access+ HMO o de Local Access+ HMO diferente para cada miembro de la familia. Asegúrese de incluir el número de proveedor y el número de IPA de cada médico, así como el número de cada proveedor dental. Para el Access Baja HMO, consulte la página 1.

Nombre y dirección del dependiente (si no es igual a la del empleado)

Cónyuge Pareja conviviente Masculino Femenino Fecha de matrimonio/acuerdo de convivencia en pareja

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Estatura	Peso	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------	-----------------------------------	----------	------	---

Nombre	Apellido	Inicial segundo nombre
--------	----------	------------------------

Se inscribe en: Plan de salud Plan dental Plan de la vista Seguro de vida

Nombre del Médico Personal de HMO/POS	Número de proveedor	Número de IPA/MG	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	---------------------	------------------	---

Nombre del proveedor de Dental HMO	Número de proveedor (no utilice el número del consultorio)
------------------------------------	--

Hijo Hija

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Estatura	Peso	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------	-----------------------------------	----------	------	---

Nombre	Apellido	Inicial segundo nombre
--------	----------	------------------------

Se inscribe en: Plan de salud Plan dental Plan de la vista Seguro de vida

Nombre del Médico Personal de HMO/POS	Número de proveedor	Número de IPA/MG	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	---------------------	------------------	---

Nombre del proveedor de Dental HMO	Número de proveedor (no utilice el número del consultorio)
------------------------------------	--

Hijo Hija

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Estatura	Peso	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------	-----------------------------------	----------	------	---

Nombre	Apellido	Inicial segundo nombre
--------	----------	------------------------

Se inscribe en: Plan de salud Plan dental Plan de la vista Seguro de vida

Nombre del Médico Personal de HMO/POS	Número de proveedor	Número de IPA/MG	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	---------------------	------------------	---

Nombre del proveedor de Dental HMO	Número de proveedor (no utilice el número del consultorio)
------------------------------------	--

Hijo Hija

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Estatura	Peso	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------	-----------------------------------	----------	------	---

Nombre	Apellido	Inicial segundo nombre
--------	----------	------------------------

Se inscribe en: Plan de salud Plan dental Plan de la vista Seguro de vida

Nombre del Médico Personal de HMO/POS	Número de proveedor	Número de IPA/MG	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	---------------------	------------------	---

Nombre del proveedor de Dental HMO	Número de proveedor (no utilice el número del consultorio)
------------------------------------	--

Nombre completo del solicitante	Número de Seguro Social
---------------------------------	-------------------------

4 ¿Alguna de las personas que solicita cobertura tiene actualmente cobertura de seguro de salud? Sí No

Si la respuesta es "Sí", debe presentar una constancia de la cobertura. (Consulte más adelante).

¿Alguna de las personas que solicita cobertura tuvo cobertura de seguro de salud en algún momento durante los últimos 6 meses? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del solicitante/familiar: _____

Tipo de cobertura: Grupal Individual Otra (especificar): _____

Compañía de seguro: _____ N.º de póliza/identificación: _____

La cobertura comenzó el: _____ Finalizó el: _____

¿Alguna de las personas que solicita cobertura está inscrita actualmente en Medicare? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre: _____

Favor de proporcionar una copia de la tarjeta de Medicare

Para que le acrediten cualquier cobertura acreditable anterior, consiga como constancia de la cobertura un Certificado de Cobertura Acreditable de su empleador, aseguradora o plan de salud anterior, y envíe dicho certificado a Blue Shield of California/Blue Shield Life. Si necesita ayuda, comuníquese con su Representante de Servicio al Cliente de Blue Shield.

5 Beneficiario del seguro de vida	Vínculo con el solicitante
Nombre	
Dirección	
Ciudad	Estado
	Cód. postal

Declaración y autorización para revelar información: todos los empleados que soliciten cobertura deben firmar la siguiente sección

6 Revelación de la información personal y sobre la salud. Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (colectivamente, "Blue Shield") comprenden la importancia de mantener la privacidad de su información personal y sobre la salud, y la de sus dependientes. Blue Shield protege esta información en forma verbal, escrita y electrónica cuando se la utiliza dentro de nuestra organización. Blue Shield no revelará esta información sin su autorización, excepto en la medida en que la ley lo permita.

Con el propósito de administrar su cobertura de Blue Shield, la ley estatal y federal permite a Blue Shield obtener información sobre su salud y la de sus dependientes de un proveedor de atención médica, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o un agente de seguros. Asimismo, la ley estatal y federal autoriza a Blue Shield a revelar la información sobre su salud y la de sus dependientes a un proveedor de atención médica, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o un agente de seguros.

Se encuentra a su disposición una explicación completa sobre las políticas y procedimientos de Blue Shield ("Aviso sobre las Prácticas de Privacidad y Confidencialidad") para preservar su información personal y sobre la salud, y se le enviará si la solicita llamando al Departamento de Servicio al Cliente o si ingresa en el sitio web de Blue Shield.

* Acepto que: toda la información que contiene este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que constituye la base sobre la cual puede emitirse la cobertura conforme al plan. Entiendo que, si he cometido fraude o falsificado intencionalmente cualquier hecho fundamental, es posible que se cancele mi cobertura o que, mediando aviso, se anule el contrato con mi empleador. Asimismo, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución (si corresponde) exigida como aporte para el costo de este plan.

Entiendo que la cobertura no entrará en vigor hasta que esta solicitud y la de mi empleador hayan sido aprobadas por Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield Life").

Firma del empleado

Fecha

Nombre del empleado en letra de imprenta

Fecha

Rechazo de cobertura personal (Si usted, su cónyuge, su pareja conviviente o sus dependientes rechazan la cobertura del plan de salud, del plan dental y/o del plan de la vista de Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company que ofrece su empleador, complete el siguiente formulario). Complete a máquina o en letra de imprenta. Use tinta negra.

Nombre del empleado	Número de Seguro Social
Nombre del empleador (grupo)	Fecha de contratación
Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Acuerdo de convivencia en pareja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puesto laboral
¿Es usted un empleado de tiempo completo que trabaja al menos 30 horas semanales para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted un empleado de tiempo parcial que trabaja al menos 20 horas semanales para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "No", explique:	

Renuncia a la cobertura para:

Renuncio a la cobertura del plan de salud para:

- Renuncio a la cobertura para mí y todos mis dependientes
 - Mi cónyuge/pareja conviviente
 - Mis hijos
 - Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos
 - Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan dental, renuncio a la cobertura de dicho plan para:

- Renuncio a la cobertura para mí y todos mis dependientes
 - Mi cónyuge/pareja conviviente
 - Mis hijos
 - Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos
 - Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan de la vista, renuncio a la cobertura de dicho plan para:

- Renuncio a la cobertura para mí y todos mis dependientes
 - Mi cónyuge/pareja conviviente
 - Mis hijos
 - Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos
 - Los siguientes dependientes solamente:

Razón por la que renuncia a la cobertura

COBERTURA DE SALUD QUE OFRECE OTRO EMPLEADOR

- Está inscrito como dependiente en este plan de salud grupal
- Está cubierto por otro plan de salud de este empleador
- Está cubierto por el plan de salud de otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)

Nombre de la aseguradora _____

Número de identificación _____

- Está cubierto por TRICARE

COBERTURA DE SALUD QUE NO OFRECE UN EMPLEADOR

- Está cubierto por un plan de salud o un plan dental individual

Nombre de la aseguradora _____

Número de identificación _____

- Está cubierto por Medicare, Medi-Cal o el programa Healthy Families

- Está cubierto por otro plan dental

Nombre de la aseguradora _____

Número de identificación _____

- Otro _____

Declaro que mi empleador me ha explicado qué tipo de cobertura se encuentra a mi disposición y sé que tengo pleno derecho a inscribirme en dicha cobertura, pero he decidido no inscribirme y/o no inscribir a mis dependientes, si los hubiera. En este momento, renuncio a inscribirme, así como a inscribir a mi cónyuge/pareja conviviente y/o a mis dependientes, en el plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield Life que ofrece mi empleador. He tomado esta decisión de forma voluntaria, y nadie ha tratado de influir en ella ni me ha presionado para que renuncie a la cobertura.

Si rechazo inscribirme o inscribir a mis dependientes porque tengo otra cobertura de salud o porque mi empleador dejará de aportar en esta cobertura, acepto que puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes en este plan si lo solicito en el curso de los 31 días (60 días en caso de haber perdido la cobertura de Medi-Cal o de Healthy Families) posteriores a la finalización de la otra cobertura mía o de mis dependientes, o bien después de que el empleador deje de aportar en la otra cobertura.

Asimismo, si incorporo a un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos, acepto que tanto yo como mis dependientes podemos pedir la inscripción en el plan de salud de mi empleador si solicitamos dicha cobertura en el curso de los 31 días posteriores al matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos. También acepto que, cuando yo o mis dependientes cumplamos con los requisitos para inscribirnos en los programas de ayuda en el pago de las primas Healthy Families o Medi-Cal, yo o mis dependientes podremos pedir la inscripción en el plan de salud de mi empleador si solicitamos dicha cobertura en el curso de los 60 días posteriores a haber recibido el aviso de aceptación para participar en tales programas de ayuda en el pago de las primas.

Si he indicado anteriormente que la razón por la que renuncio a la cobertura para mí o para mis dependientes es la existencia de una cobertura de un plan de beneficios de salud de otro empleador, admito que, si yo o mis dependientes involuntariamente perdemos la cobertura del plan de beneficios de salud del otro empleador, debo solicitar la inscripción para mí y/o para mis dependientes en el plan de beneficios de salud de mi empleador en el curso de los 31 días posteriores. De lo contrario, comprendo que quizá no pueda inscribirme ni inscribir a mis dependientes en el plan de salud de mi empleador hasta el final del siguiente período de inscripción abierta de mi empleador o hasta que hayan transcurrido 12 meses, entre ambas opciones, la que ocurra primero.

Firma del empleado

Fecha

Los empleadores deben conservar para su constancia una copia de todo rechazo personal de cobertura que se haya firmado.