Declinación de Cobertura

KAISER PERMANENTE®

Mi empleador, _____,me ha ofrecido una cobertura del cuidado de la salud de grupo a través de Kaiser Foundation Health Plan,Inc. Número de compra _____.

Yo, voluntariamente elijo no suscribirme al plan del cuidado de la salud de grupo a través de mi empleador en este momento. Entiendo que mi próxima oportunidad para suscribirme a mí y a mis dependientes elegibles será durante el periodo abierto en _____ con la cobertura efectiva en _____.La *Prueba de Cobertura* del Plan también informa al grupo de mis derechos de suscripción debido a: (1) Suscripción Especial debido a nuevos Dependientes, y (2) Suscripción Especial debido a la pérdida de otra cobertura.

Nombre del Empleado Letra de Imprenta	**Firma de Empleador**	**Número de Seguro Social**	**Fecha**	**Razón** (debe marcar un cuadro)
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador
				❑ Estoy cubierto por otro seguro de grupo ❑ Rechazo la cobertura de salud patrocinada por el empleador