



# Regence

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

## RECHAZO DE LA COBERTURA

Nombre del empleado \_\_\_\_\_

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

### Marque las casillas que correspondan

Por la presente, reconozco que se me ha ofrecido cobertura grupal en virtud del plan de salud Regence de mi empleador y que he rechazado la cobertura:

- Para mí
  - Cobertura médica
  - Cobertura odontológica
  
- Para mí y mis dependientes elegibles
  - Cobertura médica
  - Cobertura odontológica

Se ha rechazado la cobertura porque yo y/o mis dependientes elegibles:

1.  No deseamos cobertura y no tenemos otra cobertura médica/odontológica
2.  Tenemos cobertura de salud grupal a través del empleador de mi cónyuge o a través del empleador de mi pareja con la cual vivo en unión libre
  - Cobertura médica
  - Cobertura odontológica
3.  Tenemos cobertura médica individual
4.  Tenemos cobertura de Medicare
5.  Tenemos otra cobertura

**Si marcó los números 2, 3, 4 o 5, complete la sección Información de Cobertura que aparece a continuación.**

### INFORMACIÓN DE COBERTURA

ÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE ID
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE O DE MI PAREJA CON LA CUAL VIVO EN UNIÓN LIBRE

Si yo (y/o mis dependientes elegibles) decido inscribirme más adelante, acepto consultar a mi empleador para obtener las instrucciones de inscripción. Comprendo que puede transcurrir hasta un año antes de que pueda volver a ser elegible para recibir cobertura.

\_\_\_\_\_  
(Firma del empleado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

COPIA – Regence Sales E-11A y Empleador