



# Regence

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

Regence BlueCross BlueShield of Oregon  
100 SW Market Street  
PO Box 1271  
Portland, Oregon 97207-1271

## Formulario de renuncia

| SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL GRUPO   |   |   |
|--|---|---|
| Nombre del grupo   | Número del grupo                                  |   |
| 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 |
| SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA A LA QUE SE RENUNCIA   |   |   |
| <p>Me han ofrecido cobertura bajo el plan de mi grupo por medio de Regence BlueCross BlueShield of Oregon, pero renuncio a la cobertura debido a la(s) siguiente(s) razón(es). <b>Marque todas las opciones que apliquen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> No deseo inscribirme, ni inscribir a mis dependientes en mi plan médico de grupo en este momento.</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente tengo cobertura médica con otra compañía:</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Compañía aseguradora</b> _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Número de póliza</b> _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Tipo de póliza:</b> <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Otra _____</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo inscribirme, ni inscribir a mis dependientes en mi plan dental de grupo en este momento.</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente tengo cobertura dental con otra compañía:</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Compañía aseguradora</b> _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Número de póliza</b> _____</p> |   |   |
| <p>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, usted puede inscribirse usted mismo(a) o a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo no mayor de 30 días después de su matrimonio, o 60 días después del nacimiento, adopción, o colocación para adopción. Comuníquese con su Administrador de grupo si requiere más información.</p>                     |   |   |
| <p>Comprendo que ninguno de mis dependientes ni yo podremos obtener cobertura bajo el plan de mi grupo por medio de Regence BlueCross BlueShield of Oregon hasta el próximo período anual de inscripción, a menos que mis dependientes y yo califiquemos para un período especial de inscripción.</p>  |   |   |
| <p>He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por Regence BlueCross BlueShield of Oregon para renunciar a la cobertura y certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que Regence BlueCross BlueShield of Oregon se basará en cada respuesta para realizar la cobertura y calificar las determinaciones. Para protección de todos los miembros, el fraude o la falsa declaración de hechos materiales por mí con el propósito de defraudar a Regence BlueCross BlueShield of Oregon puede ocasionar que Regence BlueCross BlueShield of Oregon tome cualquier medida permitida por la ley o el contrato, incluyendo la terminación o rescisión de la cobertura, negación de beneficios o búsqueda de cargos o multas criminales.</p>  |   |   |
| <p>Por este medio verifico 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 BlueCross BlueShield of Oregon por escrito en caso de que suceda algo antes de que mi cobertura entre en vigencia, que haga que cualquier respuesta en esta solicitud sea inexacta o incompleta.</p>   |   |   |
| <p>_____</p> <p>Firma del empleado</p>   | <p>_____</p> <p>Fecha</p>                         |   |