



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

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). **Marque todas las opciones que apliquen:**

No deseo inscribirme, ni inscribir a mis dependientes en mi plan médico de grupo en este momento.

Actualmente tengo cobertura médica con otra compañía:

Compañía aseguradora _____

Número de póliza _____

Tipo de póliza: Grupo Medicare Medicaid TriCare Otra _____

Para grupos de 50 o menos: Christian Scientist Indian Health Government sponsored health plan

No deseo inscribirme, ni inscribir a mis dependientes en mi plan dental de grupo en este momento.

Actualmente tengo cobertura dental con otra compañía:

Compañía aseguradora _____

Número de póliza _____

Si renuncia a la cobertura bajo este plan médico/dental para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico, puede en ciertas circunstancias inscribirse o inscribir a sus dependientes bajo este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días después de que finalice su otra cobertura. Además, si renuncia a la inscripción bajo este plan médico en este momento y después adquiere un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes bajo este plan, siempre que solicite la inscripción dentro los 30 días después de su matrimonio o dentro de los 60 días después del nacimiento, adopción o colocación para adopción. Sin embargo, si usted da por terminada su otra cobertura voluntariamente después de renunciar a ésta, usted y sus dependientes quizás no sean elegibles para inscribirse en este plan hasta el siguiente período anual de inscripción. Comuníquese con el Administrador de su grupo o nuestro Departamento de Servicios a los Miembros si necesita más información.

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.

Además certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa y reconozco que mi cobertura está sujeta a la cancelación u otra acción permitida por la ley si se descubre que cualquier información provista es falsa o incorrecta.

<p>_____</p> <p>Firma del empleado</p>	<p>_____</p> <p>Fecha</p>
--	---------------------------

