
Soluciones para grupos grandes

Renuncia a la cobertura de salud

Reconozco que me han ofrecido la oportunidad de adquirir una cobertura de salud de Kaiser Foundation Health Plan of Washington o Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. para mí y mis dependientes a través de mi empleador.

Rechazo la inscripción en este momento porque:

Tengo otra cobertura médica proporcionada por:

Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____

A través de (nombre del empleador o de la organización): _____

No deseo inscribirme en ningún tipo de cobertura médica en este momento.

No deseo inscribir a mi cónyuge hijo(s) en ningún tipo de cobertura médica en este momento.

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge), puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan antes del siguiente período de inscripción abierta en determinadas circunstancias. Para hacerlo, debemos recibir su solicitud de inscripción a más tardar 60 días después de la mayoría de los eventos que califican. En el caso de matrimonio, debemos recibir su solicitud de inscripción a más tardar 31 días después del matrimonio.

Nombre en letra de imprenta:

Firma: Fecha:

Nombre del empleador: