

Rechazar/Renunciar a la Cobertura



Debe ser completada SOLO si usted rechaza la cobertura con CCHP para usted o para sus dependientes elegibles

Nombre del Grupo:	Número del Grupo:
Nombre del Empleado que Rechaza la Cobertura:	

Complete este formulario si está rechazando la cobertura para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) bajo este plan porque usted ya tiene cobertura de salud, en el futuro podrá inscribirse usted mismo o sus dependientes en el plan. Su solicitud de inscripción debe enviarse a Chinese Community Health Plan dentro de los 60 días posteriores a la finalización involuntaria de su otra cobertura.

Además, si usted no está inscrito en el plan de salud grupal de su empleador y tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o la colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Su solicitud de inscripción debe enviarse a Chinese Community Health Plan dentro de los 60 días posteriores al evento.

Nombre(s) del/de los Dependientes	Relación con el Dependiente
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Razón por la cual Rechaza la Cobertura	
<p>Por favor indique la razón del rechazo:</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo cobertura a través del plan de salud del empleador de mi esposo/DP. Nombre de la Aseguradora y Número de ID: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo cobertura de Medicare y/o Medi-Cal</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	
Firma del Empleado que Rechaza la Cobertura Fecha	Firma del Empleador Fecha

Los empleadores deben conservar una copia de cualquier formulario de rechazo de cobertura firmado en sus archivos.