

EXENCIÓN DE LA
COBERTURA DEL SEGURO
DE SALUD EN GRUPO

SE DEBEN COMPLETAR TODAS LAS ÁREAS

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE	(PATERNO)	(NOMBRE)	(I.M.)	NÚM DE SEGURO SOCIAL.
NOMBRE DEL CONYUGE	(PATERNO)	(NOMBRE)	(I.M.)	NÚM DE SEGURO SOCIAL.

2. DECLARACIÓN DE VALIDACIÓN

Por la presente certifico que se me ha otorgado la oportunidad de participar en el plan de seguro de salud en grupo provisto por mi empleador a través de Capital BlueCross y se me ha informado de la consecuencia de no inscribirme/solicitar tal plan en este momento. Comprendo que si rechazo el plan de salud en grupo a nombre propio y/o mi cónyuge u otros dependientes elegibles, el plan de salud en grupo no me proveerá ningún beneficio a nombre de esas personas para las cuales he rechazado la cobertura. Comprendiendo esto, rechazo el inscribirme o solicitarlo:

☐ YO MISMO

☐ MI CONYUGE

☐ MIS DEPENDIENTES ELEGIBLES

3. OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO

Complete la siguiente información para el solicitante y/o cónyuge y/u otro(s) dependiente(s) elegible(s) rechazando la cobertura porque actualmente ellos están cubiertos para los servicios de cuidado de salud con otro plan de cuidado de salud.

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL CONTRATO	NOMBRE Y DIRECCION (ESTADO) DEL PLAN DE CUIDADO DE SALUD/ COMPAÑÍA ASEGURADORA	PÓLIZA/NÚM. DE IDENTIFICACIÓN.

FAVOR DE INDICAR EL TIPO DE COBERTURA CON LA OTRA ASEGURADORA.

MEDICO	MEDICA-MENTO	DENTAL	VISIÓN

4. INFORMACIÓN DEL EXENTO

NOMBRE	(PATERNO)	(NOMBRE)	(I.M.)	PARENTEZCO CON EL EMPLEADO	NÚM DE SEGURO SOCIAL.
a. SOLICITANTE					
b. CÓNYUGE					
c. DEPENDIENTE ELEGIBLE					
d. DEPENDIENTE ELEGIBLE					
e. DEPENDIENTE ELEGIBLE					
f. DEPENDIENTE ELEGIBLE					

5. DECLARACION DE AUTORIZACIÓN Comprendo que en caso que decida solicito esta cobertura en una fecha futura, yo y/o mi cónyuge y/o otros dependientes elegibles, podemos estar sujetos a ciertas limitaciones de la póliza.

FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA
NOMBRE DEL GRUPO	NÚM. DEL GRUPO

Los programas de prestaciones de cuidado de salud emitidos o administrados por Capital BlueCross y/ o sus subsidiarios, Capital Advantage Insurance Company®, Capital Advantage Assurance Company® y Keystone Health Plan® Central. Concesionario Independiente de BlueCross BlueShield Association. Este comunicado es emitido por Capital BlueCross en su capacidad como administrador de programas y proveedor de relaciones a todas las compañías.