



MASSACHUSETTS

# Renuncia de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Médico

Renuncio a la cobertura de grupo de seguro médico de mi empleador para mí y mis dependientes elegibles (si corresponde).

### Razón para renunciar a la cobertura (marque todo lo que corresponda):

Tengo cobertura de un plan **médico** de otro grupo como cónyuge o dependiente.

Tengo cobertura de Medicare, un seguro no grupal, un programa de veteranos o un segundo empleador.

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

No tengo cobertura de otro seguro **médico** y elijo no participar en el plan de grupo de mi empleador en este momento.

Otro (se requiere explicación): \_\_\_\_\_

## Dental

Renuncio a la cobertura de grupo de seguro dental de mi empleador para mí y mis dependientes elegibles (si corresponde).

### Razón para renunciar a la cobertura (marque todo lo que corresponda):

Tengo cobertura de un plan **dental** de otro grupo como cónyuge o dependiente.

Tengo cobertura de un seguro no grupal, un programa de veteranos o un segundo empleador.

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

No tengo cobertura de otro seguro **dental** y elijo no participar en el plan de grupo de mi empleador en este momento.

Otro (se requiere explicación): \_\_\_\_\_

Renuncio a mi elegibilidad para inscribirme y/o inscribir a mis dependientes (si los hubiera) en el plan de grupo de mi empleador en este momento. Entiendo que yo y/o mis dependientes podríamos inscribirnos en este plan en el futuro de acuerdo con los términos definidos en la sección de elegibilidad del certificado de suscriptor o la descripción de beneficios.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Confirmando que las afirmaciones de este formulario son verdaderas y exactas según mi leal saber y entender, y comprendo que Blue Cross Blue Shield of Massachusetts tiene el derecho de finalizar la cobertura, de forma retroactiva hasta la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, por cualquier información importante errónea (incluidas omisiones) contenida en este formulario.

Firma del Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_