

Renuncia de inscripción

Rechazar el seguro de vida grupal o de discapacidad



Aviso importante: El hecho de que participe o no en el plan de seguro para gastos médicos de su empleador no afecta su derecho a participar en los beneficios de seguro de vida grupal o de discapacidad mientras el trabajo que usted realice esté incluido en una clase de empleados cubiertos bajo la póliza, cumpla con el requisito del período de espera impuesto por la compañía y continúe trabajando activamente la cantidad de horas cada semana que requiere su plan de seguro de vida grupal o de discapacidad.

Se me ha ofrecido el seguro grupal y estoy renunciando a mi derecho de participar en las coberturas indicadas a continuación:

SEGURO DE VIDA

Seguro de vida básico y Muerte accidental y desmembramiento (AD&D, en inglés)

Seguro de vida voluntario (y AD&D, si aplica)

Por favor, díganos el motivo: _____

Vida para dependientes

Por favor, díganos el motivo: _____

SEGURO POR DISCAPACIDAD,

Discapacidad de corto plazo

Discapacidad de largo plazo

Por favor, díganos el motivo: _____

Entiendo que estoy renunciando al seguro de vida y/o discapacidad para mí (y mis dependientes si mi empleador ofrece Seguro de vida para dependientes), estoy renunciando al derecho de tener cobertura sin estar suscrito médicamente. Si decido inscribirme más adelante, seré responsable de pagar todos los gastos necesarios para determinar mi asegurabilidad (o la de mis dependientes), incluyendo entre otros, los gastos de obtener expedientes médicos o exámenes médicos. Advance Insurance Company of Kansas (AICK) determinará si yo (o mis dependientes) pueden estar asegurados y reconozco que yo (o mis dependientes) podemos estar en riesgo de ser rechazados para la cobertura.

Nombre del empleado (escriba en letra de molde) Primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Fecha de contratación del empleado

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Se requiere su firma

Firma del empleado

Fecha de la firma

Nombre del empleador (escriba en letra de molde)

Se requiere la firma del grupo

Persona autorizada para firmar en nombre del empleador (Person authorized to sign for employer)

1133 Topeka Blvd • Topeka, Kansas 66629-0001 • Número de llamada gratuita (800) 530-5989
• Fax (785)290-0727

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association