KAISER PERMANENTE®

Small Business

RECHAZO DE COBERTURA

(Declaración del Empleador)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Use este formulario para indicar qué empleados rechazaron la cobertura. Si los empleados completaron el formulario Waiver of Coverage (Renuncia a la Cobertura), incluya su información en la lista de abajo y envíesela al representante de Kaiser. Guarde una copia de este formulario para sus registros. **Para dar de baja a un suscriptor, use el formulario Subscriber Termination, Transfer, and Reinstatement (Cancelación, Transferencia y Reactivación de un Suscriptor).**

1 INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa	Identificación del grupo (si tiene una asignada)

2 MOTIVOS DEL RECHAZO

Se ha ofrecido la cobertura de salud grupal de Kaiser Permanente a los empleados elegibles que se mencionan a continuación. Estos empleados eligieron voluntariamente no inscribirse en un plan de Kaiser Permanente en este momento por uno de los siguientes motivos:

1. Tienen cobertura de un plan de salud de otro empleador a través de su cónyuge, pareja doméstica, padre o madre.
2. Tienen cobertura de otro plan de salud ofrecido por este empleador.
3. Tienen cobertura de otro empleador para el que trabajan.
4. Tienen cobertura grupal a través de COBRA o Cal-COBRA.
5. Tienen cobertura de Medicare, Medi-Cal o TRICARE (beneficios de las fuerzas armadas o de la Administración de Veteranos).
6. Tienen cobertura a través de un plan de salud individual.
7. No les interesa inscribirse en este momento.

Para evitar demoras en el procesamiento, asegúrese de completar el código de motivo a continuación. **Use los códigos de motivo del 1 al 7 descritos anteriormente.**

Nombre	Apellido	**Código de motivo (obligatorio)**

Para incluir más empleados, haga copias de este formulario, según sea necesario. Todas las copias del formulario deben estar firmadas.

Los grupos que se inscriben durante el periodo de Disponibilidad Garantizada (del 15 de noviembre al 15 de diciembre) están exentos de completar el código de motivo requerido anteriormente y de cumplir los requisitos de participación y contribución.

Nota: Es posible que a los grupos que se inscriben en el periodo de Disponibilidad Garantizada se les indique que realicen una recertificación y, en ese momento, se les exigirá el cumplimiento de todos los requisitos de suscripción, incluidos los de participación y contribución.

3 INFORMACIÓN PARA LEER Y FIRMAR

Confirmo que tengo la autoridad para firmar un contrato con Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y Kaiser Permanente Insurance Company en nombre del grupo. Entiendo que la próxima oportunidad para inscribirse será durante el periodo de inscripción abierta anual o después de un evento de vida calificado.

Firmante autorizado de la empresa (nombre en letra de imprenta)	Cargo en la empresa (en letra de imprenta)
Firma **X**	Fecha