

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington o Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Use este formulario para indicar qué empleados rechazaron la cobertura. Guarde este formulario para sus registros.

1 INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa	Número de grupo

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. Cubierto por una cobertura existente similar.
2. No están interesados en inscribirse en este momento.

Nombre	Apellido	¿Cobertura médica, dental o ambas?	Código de motivo*

Para incluir más empleados, haga copias de este formulario, según sea necesario.

*Campo obligatorio. Use los códigos 1 o 2 descritos anteriormente.

Los grupos que se inscriben durante el período de disponibilidad garantizada (del 15 de noviembre al 15 de diciembre) están exentos de llenar el código de motivo requerido anteriormente y de cumplir los requisitos de contribución y participación.

3 FIRMA

Conservaré los registros de inscripción y exención para fines de auditorías estatales normativas. Entiendo que la próxima oportunidad para inscribirse será durante el periodo de inscripción abierta anual o después de un evento de vida calificado. Confirmando que soy el firmante del contrato y que tengo la autoridad para realizar cambios contractuales o en la membresía en nuestra cuenta con Kaiser Foundation of Washington o Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.

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