MediExcel HEALTH PLAN

Coverage Declination Form

(Complete if you, your spouse, domestic partner, or dependent(s) are waiving the medical coverage offered by your employer from MediExcel Health Plan.)

Formulario para Declinar Cobertura Médica

(Si usted, su cónyuge, su pareja doméstica o sus dependientes declinan a la cobertura médica de MediExcel Health Plan que ofrece su empleador, llene el siguiente formulario.)

Please type or print clearly / Complete a máquina o en letra de imprenta.

Employee Name/ Nombre de Empleado			Social Security Number/ Número de Seguro Social ___ ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___	
Address/ Domicilio	City/ Ciudad	County/ Condado	State/ Estado	Zip Code/ CP
Employer Name/ Nombre del Empleador		Hire Date (mm/dd/yyyy) / Fecha de Contratación (mes/día/año)		
Marital Status: Married ☐ Yes ☐ No Domestic Partner ☐ Yes ☐ No Estado Civil: Casado ☐ Sí ☐ No Pareja doméstica ☐ Sí ☐ No		Job title/ Puesto laboral		

Are you a full-time employee, working at least 30 hours per week with this employer? ☐ Yes ☐ No

¿Es usted un empleado de tiempo completo, el cual trabaja al menos 30 horas semanales para este empleador? ☐ Sí ☐ No

Declining MediExcel Health Plan coverage for:

- ☐ Myself and all dependents
- ☐ My spouse/domestic partner only
- ☐ My children only
- ☐ My spouse/domestic partner and children
- ☐ The following dependents only:

Declinamos a la cobertura médica de MediExcel Health Plan:

- ☐ Yo y todos mis dependientes
- ☐ Mi cónyuge/pareja doméstica solamente
- ☐ Mis hijos solamente
- ☐ Mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos
- ☐ Los siguientes dependientes solamente:

Reason for declining coverage:

Other employer health coverage
- ☐ Enrolling as a dependent on this group health plan
- ☐ Covered by this employer's other health plan
- ☐ Covered by another employer's health plan (i.e. through spouse/domestic partner.)
  Carrier Name: _____

Other non-employer health coverage
- ☐ Covered by an individual health plan
  Carrier Name: _____
- ☐ Covered by Medicare, Medi-Cal, or Healthy Families program
- ☐ Other: _____

Razón por la cual declino a la cobertura médica de MediExcel Health Plan:

Mi empleador ofrece otra opción de cobertura médica
- ☐ Estoy inscrito como dependiente en este plan de salud grupal
- ☐ Estoy cubierto bajo otro plan de salud de este empleador
- ☐ Estoy cubierto por el plan de salud de otro empleador (ej. A través de cónyuge/pareja doméstica.)
  Nombre de seguro médico: _____

Cobertura médica fuera del empleo
- ☐ Estoy cubierto bajo un plan de salud o plan dental individual
  Nombre de seguro médico/dental: _____
- ☐ Estoy cubierto bajo Medicare, Medi-Cal o el programa Healthy Families
- ☐ Otro: _____

I acknowledge that the coverage available to me has been explained to me by my employer and I understand that I have every right to enroll in MediExcel Health Plan, but I have decided not to enroll myself and/or my dependent(s). I have made this decision voluntarily. By declining this group medical coverage, I acknowledge that my dependent(s) and I may have to wait up to 12 months to be enrolled in MediExcel Health Plan.

If I acquire a new dependent as a result of marriage/domestic partnership, birth, adoption, or placement for adoption, I acknowledge that I, and any of the dependents I may have, may request enrollment in MediExcel Health Plan by applying for that coverage within 30 days.

If I have indicated above that the reason for declining coverage for myself and/or my dependent(s) is because of coverage under another employer health benefit plan, I acknowledge that, if I or my dependent(s) involuntarily lose coverage under the other employer health benefit plan, I must request enrollment for myself and/or my dependent(s) in MediExcel Health Plan within 30 days of the event date.

Employee Signature:

_____ Date: _____

Reconozco que mi empleador me ha explicado la cobertura disponible y entiendo que tengo derecho a inscribirme en dicha cobertura, pero he decidido no inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s). He tomado esta decisión voluntariamente. Al declinar a esta cobertura médica colectiva, entiendo que es posible que mi(s) dependiente(s) y yo tengamos que esperar hasta doce (12) meses para poder inscribirnos en MediExcel Health Plan.

Si adquiero un dependiente nuevo como resultado de casamiento/pareja doméstica, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, entiendo que yo, y todo dependiente que tenga, podría ser inscrito en MediExcel Health Plan, solicitando dicha inscripción dentro de los 30 días de dicho evento.

Si arriba indiqué que la razón por la cual decliné a la cobertura médica de MediExcel Health Plan para mí o mi(s) dependiente(s) es que existe cobertura con otro plan de beneficios médicos de otro empleador, entiendo que si yo o mi(s) dependiente(s) perdiéramos cobertura bajo el plan de beneficios médicos del otro empleador involuntariamente, deberé solicitar mi inscripción y/o la de mi(s) dependiente(s) en MediExcel Health Plan dentro de los 30 días de dicho evento.

Firma del Empleado:

_____ Fecha:_____