



## Coverage Declination Form

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

## Formulario de Renuncia a la Cobertura

(Si usted, su cónyuge, su pareja conviviente o sus dependientes rechazan la cobertura del plan de salud MediExcel health Plan que ofrece su empleador, complete el siguiente formulario).

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

Employee name/ Nombre del 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 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Domestic partnership <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Estado civil: Casado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Acuerdo de convivencia en pareja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Job title Puesto laboral									

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

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

### Declining coverage for:

I decline 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:

### 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 (e.g., through your spouse/domestic partner)
- Carrier Name \_\_\_\_\_

#### OTHER NON-EMPLOYER HEALTH COVERAGE

- ☐ Covered by an Individual health plan
- Carrier Name \_\_\_\_\_
- ☐ Covered by Medicare, Medi-Cal or Health Families Program
- ☐ Other \_\_\_\_\_

### Renuncia a la cobertura para:

Renuncio a la cobertura del plan de salud para:

- ☐ Renuncio a la cobertura para mí y todos mis dependientes
  - ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente solamente
  - ☐ Mis hijos solamente
  - ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos
  - ☐ Los siguientes dependientes solamente:

### Razón por la que renuncia a la cobertura

#### COBERTURA DE SALUD QUE OFRECE OTRO EMPLEADOR

- ☐ Está inscrito como dependiente en este plan de salud grupal
  - ☐ Está cubierto por otro plan de salud de este empleador
  - ☐ Está cubierto por el plan de salud de otro empleador (p. ej. por medio de su cónyuge/pareja conviviente)
- Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

#### COBERTURA DE SALUD QUE NO OFRECE UN EMPLEADOR

- ☐ Está cubierto por un plan de salud o un plan dental individual
- Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_
- ☐ Está cubierto por 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 know that I have every right to enroll in this coverage, and I have decided not to enroll myself and/or my dependent(s), if any. 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 this group medical 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 my employer's health plan by applying for that coverage within 30 days.

If I have indicated above that the reason for declining coverage for myself or my dependent(s) is 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 my employer health benefit plan within 30 days.

**Employee Signature:**

\_\_\_\_\_  
Date

Reconozco que mi empleador me ha explicado la cobertura disponible y sé que tengo todo derecho a inscribirme en dicha cobertura, y que he decidido no inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s), de haberlos. He tomado esta decisión voluntariamente. Al renunciar a esta cobertura médica colectiva, entiendo que es posible que mi(s) dependiente(s) y yo tengamos que esperar hasta doce (12) meses para inscribirnos en este plan de salud colectivo.

Si adquiero un nuevo dependiente como resultado de casamiento/sociedad de convivencia, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, entiendo que yo, y todo dependiente que tenga, podría pedir inscripción en el plan de salud de mi empleador solicitando dicha cobertura dentro de los 30 días.

Si he indicado arriba que el motivo para renunciar a la cobertura 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) involuntariamente perdemos cobertura bajo el plan de beneficios médicos del otro empleador, debo solicitar inscripción para mí y/o mi(s) dependiente(s) en el plan de beneficios médicos de mi empleador dentro de los 30 días de dicho hecho habilitante.

**Firma del Empleado:**

\_\_\_\_\_  
Fecha