

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y RENUNCIA DE LA COBERTURA DE GRUPOS PEQUEÑOS DE CALIFORNIA

En vigor a partir del 1º de julio de 2005



## ■ Instrucciones

### Sección 1: Información personal

Responda a la información solicitada.

### Sección 2: Cobertura Elegida

- Elija sólo los planes que su Empleador ofrece.
- Para cada plan que el Empleador ofrezca, elija la persona que recibirá la cobertura.

### Sección 3: Información del empleado y de dependientes

- Anote su nombre y el nombre de los miembros de la familia que recibirán la cobertura. Puede incluir hojas adicionales si fuera necesario.
- Elija un Doctor de Atención Primaria (PCP) del *Directorio de Proveedores* para usted y cada miembro de su familia anotando el nombre del PCP y el número del Proveedor en el área correspondiente. Usted puede elegir un PCP distinto para cada miembro de su familia.

La selección del Proveedor de Atención Primaria sólo corresponde si se elige a un plan PacifiCare SignatureValue<sup>SM</sup> (HMO) o PacifiCare SignaturePOS<sup>SM</sup>. Si no elige a un PCP al seleccionar uno de estos planes, se le asignará un PCP automáticamente.

- Verifique que su Empleador ofrezca cobertura para parejas de hecho.
- Los Dependientes cuyas edades sobrepasen la edad limitante requieren una prueba de que cursan estudios a tiempo completo o prueba con la categoría de discapacidad permanente dentro de un plazo de 31 días de la fecha de inscripción.
- Es necesario elegir a un dentista e indicar el Número de Grupo del Proveedor Dental si selecciona un plan PacifiCare SignatureValue (Plan dental de HMO).

### Sección 4: Coordinación de beneficios/Información de otras aseguradoras

Responda a la información solicitada.

### Sección 5: Seguro de vida colectivo

- Responda a la información solicitada sólo si su Empleador ofrece este beneficio.
- Puede que sea necesario proporcionar prueba de aseguralidad.

### Sección 6: Seguro colectivo por discapacidad a largo plazo (LTD)

Responda a la información solicitada sólo si su Empleador ofrece este beneficio.

### Sección 7: Firma obligatoria sobre los datos de arbitraje

Lea esta sección detenidamente y firmela según corresponde.

## ■ Firma del Empleado

### Usted puede:

Aceptar la cobertura de servicios de atención médica proporcionada a través de su Empleador firmando el espacio provisto en el formulario de inscripción. Su firma indica que ha leído, comprendido y aceptado los términos y condiciones a continuación. También indica que acepta las deducciones de la nómina (si fueran necesarias) para pagar su porción del costo.

### O BIEN

Renunciar a la cobertura de servicios de atención médica proporcionada a través de su Empleador para usted, su cónyuge o sus Dependientes firmando el FORMULARIO DE RENUNCIA DE LA COBERTURA. Le recomendamos firmemente que lea el formulario entero detenidamente antes de firmarlo con tinta y de fecharlo.

## ■ TÉRMINOS Y CONDICIONES – Sírvase leer esta sección detenidamente antes de firmar

A nombre de mi propia persona y de mis Dependientes elegibles, por la presente solicito la cobertura de servicios de atención médica indicada en el Plan de Salud Colectivo de PacifiCare que mi Empleador ofrece. Además, acepto y comprendo lo siguiente:

1. Estar legalmente vinculado al Convenio Colectivo Médico y Hospitalario de Suscriptores de PacifiCare (el “Convenio”) si he elegido un plan HMO, POS o la Póliza Colectiva de Seguro de Vida y de Salud de PacifiCare (la “Póliza”) si he elegido un plan PPO, SDHP (Plan de Salud Autodirigido) o Plan de Indemnización Fuera del Estado.

2. Mi Empleador puede deducir de mis ingresos la aportación del empleado necesaria para cubrir mi porción de la prima, si hubiese alguna.
  3. PacifiCare, o la persona o entidad a quien designe, puede obtener acceso o usar mis expedientes médicos o los de mis dependientes inscritos, incluidos los expedientes médicos con información de salud mental y expedientes médicos de programas de tratamiento o prevención por abuso de drogas y alcohol, para los procesos de revisión de utilización, control de calidad, encuestas, tramitación de reclamos, auditorías financieras, clasificación o facturación relacionada con diagnósticos y tratamientos de pacientes, administración de reclamos, tramitación de datos médicos y operaciones administrativas o de atención médica del Convenio o la Póliza.
  4. Toda omisión o representación engañosa significativa que se haga al responder a las preguntas en esta solicitud podría dar lugar a la denegación de los beneficios y la cancelación de mi participación o la participación de mis dependientes como miembros en la póliza de seguro de PacifiCare.
  5. La cobertura no entrará en vigor hasta que PacifiCare haya aceptado esta inscripción. Una vez que la haya aceptado, PacifiCare está legalmente vinculada a los términos de este Convenio o Póliza, y a las Enmiendas adscritas.
  6. He recibido, leído y comprendido el Formulario de Información de PacifiCare, Directorio de Grupos Médicos Participantes y una copia de este Formulario de Inscripción.
  7. Mis Dependientes y yo debemos residir o trabajar en el área de servicio de PacifiCare si la inscripción está relacionada con un plan PacifiCare SignatureValue o PacifiCare SignaturePOS.
  8. Si mis Dependientes y yo elegimos un plan PacifiCare SignatureValue o PacifiCare SignaturePOS, seleccionaremos a un Doctor de Atención Primaria dentro de un radio de 30 millas de nuestra Residencia Primaria o Lugar Primario de Trabajo.
- Certifico que la información suministrada es correcta y por la presente autorizo a que se hagan deducciones de la nómina de mis ingresos para pagar las aportaciones o tarifas necesarias para mantener mi elegibilidad.

**PacifiCare SignatureValue (HMO)**

P.O. Box 6006  
Cypress, CA 90630  
1-800-624-8822  
1-800-442-8833 (TDHI)  
(714) 226-5622 (Fax)

**PacifiCare SignaturePOS**

P.O. Box 6019  
Cypress, CA 90630  
1-800-913-9133  
1-800-442-8833 (TDHI)  
(714) 226-5622 (Fax)

**PacifiCare SignatureOptions (PPO) y  
PacifiCare SignatureIndependence  
(Indemnización)**

P.O. Box 6098  
Cypress, CA 90630  
1-866-316-9776  
1-866-316-2018 (TDHI)  
(714) 226-5622 (Fax)

**PacifiCare SignatureFreedom (Plan de  
Salud Autodirigido) PacifiCare Health  
Plan Administrators**

P.O. Box 63912  
Harrisburg, PA 17106  
1-866-867-0700  
1-866-867-0701 (TDHI)  
(714) 226-5622 (Fax)

**PacifiCare Dental & Vision  
Administrators**

P.O. Box 25187  
Santa Ana, CA 92799  
1-800-228-3384

**The Hartford (Vida y discapacidad)**

1-888-726-3449  
<http://groupbenefits.thehartford.com>

Visite nuestro sitio web en  
[www.pacificare.com](http://www.pacificare.com)

La familia de compañías de PacifiCare ofrece uno o más de los siguientes productos y servicios de PacifiCare: Los productos y servicios del plan de salud los ofrece PacifiCare of California; PacifiCare Behavioral Health of California, Inc.; y PacifiCare Dental (en California). Los productos de seguro de indemnización (incluidos los productos del plan PPO) ofrecidos en California están asegurados por PacifiCare Life and Health Insurance Company. Los demás productos y servicios los ofrece PacifiCare Health Plan Administrators, Inc., RxSolutions, Inc. y PacifiCare Behavioral Health, Inc. PacifiCare® es una marca registrada federal de PacifiCare Life and Health Insurance Company.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO (Escriba en letra de molde)

**CALIFORNIA**

1. Información personal					
Nombre de la compañía		Cargo/Título		Fecha de contratación	Fecha de contratación posterior
Apellido		Nombre		Inicial	Sufijo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección postal de la residencia			Ciudad	Estado	Código postal
Núm. de horas que trabaja en una semana habitual:	¿Ha estado afiliado a PacifiCare alguna vez usted o alguno de sus dependientes?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono residencia ( )	Teléfono trabajo ( )
Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)		Núm. Seguro Social		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho	
¿Recibe actualmente COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí, ocurrencia que califica y fecha inicial del comienzo de la cobertura:					
Correo electrónico		Sueldo anual		¿Desea recibir información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

El empleador tiene que llenar esta sección	
Núm. de grupo/Código del plan	
Núm. del grupo dental/vista	
Tipo de inscripción: <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Empleado nuevo	<input type="checkbox"/> QMCSO <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Contratación posterior
Fecha de vigencia solicitada	
Clasificación del seguro de vida	Cantidad del seguro de vida/AD&D

2. Cobertura elegida (Elija sólo los planes que su Empleador ofrece)		
<p><b>Opciones del plan médico:</b></p> <p>PacifiCare SignatureValue (HMO)  <input type="checkbox"/> 10-30/100 <input type="checkbox"/> 15-30/250a  <input type="checkbox"/> 10/500d <input type="checkbox"/> 20-40/500d  <input type="checkbox"/> 35/600d</p> <p>PacifiCare SignaturePOS  <input type="checkbox"/> 15/80-60</p> <p>PacifiCare SignatureOptions (PPO)  <input type="checkbox"/> 15/90-50/250 <input type="checkbox"/> 20/80-60/250  <input type="checkbox"/> 30/70-50/250 <input type="checkbox"/> 35/80-60/500  <input type="checkbox"/> 35/70-50/1000 <input type="checkbox"/> 35/50-50/1000  <input type="checkbox"/> 70-50/2000 <input type="checkbox"/> 70-50/3500</p> <p>PacifiCare SignatureOptions (compatible con la cuenta HSA)  <input type="checkbox"/> 100-50/5000 <input type="checkbox"/> 80-50/2700  <input type="checkbox"/> 70-50/3500</p> <p>PacifiCare SignatureIndependence (Indemnización)  <input type="checkbox"/> 80/1000</p> <p>PacifiCare SignatureIndependence (Indemnización)  <input type="checkbox"/> 80-50/2000  <input type="checkbox"/> 80-50/2000 con Dental  <input type="checkbox"/> 70-50/2000  <input type="checkbox"/> 70-50/2000 con Dental  <input type="checkbox"/> 50-50/3000  <input type="checkbox"/> 50-50/3000 con Dental</p> <p><small>Por favor llene el formulario de Renuncia de la Cobertura si no desea recibir la cobertura para Usted y/o sus Dependientes Elegibles</small></p>	<p><b>Opciones del plan dental:</b></p> <p><input type="checkbox"/> PacifiCare SignatureValue (plan dental de HMO)  <input type="checkbox"/> PacifiCare SignatureOptions (plan dental de PPO)  <input type="checkbox"/> PacifiCare SignatureIndependence (Indemnización dental)</p> <p><b>Opciones del plan de la vista:</b></p> <p><input type="checkbox"/> PacifiCare SignatureOptions (plan de la vista de PPO – servicio completo)  <input type="checkbox"/> PacifiCare SignatureOptions (plan de la vista de PPO – artículos para mejorar la vista solamente)</p> <p><b>Descuentos dentales y de la vista</b></p> <p><input type="checkbox"/> PacifiCare SignatureSavings Programa de descuentos dentales y de la vista</p> <p><small>Por favor llene el formulario de Renuncia de la Cobertura si no desea recibir la cobertura para Usted y/o sus Dependientes Elegibles</small></p>	<p><b>Vida/Discapacidad:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vida/AD&amp;D  <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo</p> <p><b>Personas que recibirán la cobertura:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Empleado solamente  <input type="checkbox"/> Empleado + dependiente(s) elegible(s)</p>

3. Información del Empleado y de Dependientes <small>(Incluya su información y la de los miembros de la familia que recibirán cobertura - agregue hojas adicionales si fuera necesario)</small>					
<b>Empleado</b>	Nombre del Proveedor de Atención Primaria (PCP)			Núm. del proveedor	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre y ciudad del dentista			Núm. del proveedor dental	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Cónyuge/ Pareja de hecho</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido		Nombre	Inicial
	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)		Núm. Seguro Social	Dirección, si es distinta a la del Empleado	
Nombre del Proveedor de Atención Primaria (PCP)			Núm. del proveedor	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y ciudad del dentista			Núm. del proveedor dental	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Dependiente 1</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido		Nombre	Inicial
	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)		Núm. Seguro Social	Dirección, si es distinta a la del Empleado	
Nombre del Proveedor de Atención Primaria (PCP)			Núm. del proveedor	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y ciudad del dentista			Núm. del proveedor dental	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Dependiente 2</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido		Nombre	Inicial
	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)		Núm. Seguro Social	Dirección, si es distinta a la del Empleado	
Nombre del Proveedor de Atención Primaria (PCP)			Núm. del proveedor	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y ciudad del dentista			Núm. del proveedor dental	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Dependiente 3</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido		Nombre	Inicial
	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)		Núm. Seguro Social	Dirección, si es distinta a la del Empleado	
Nombre del Proveedor de Atención Primaria (PCP)			Núm. del proveedor	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y ciudad del dentista			Núm. del proveedor dental	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Marque esta casilla si ha agregado hojas adicionales para dependientes.  
**Los dependientes cuya edad supere la edad limitante (19-24 años) requieren presentar prueba de que cursan estudios a tiempo completo o prueba con la categoría de discapacidad permanente dentro de un plazo de 31 días de la fecha de inscripción.**

Núm. del grupo

Nombre del empleado

Núm. Seguro Social

#### 4. Coordinación de beneficios/Información de otras aseguradoras

■ ¿Alguna de las personas señaladas dispone de otro seguro de salud?  Sí  No Si responde Sí, llene los encasillados a-j:  
 Si responde Sí, ¿permanecerá en vigor esta cobertura si se acepta esta solicitud?  Sí  No

a. Nombre	b. Nombre de la aseguradora	c. Núm. de póliza	d. Fecha de vigencia	e. Nombre y dirección del otro Empleador
f. Nombre	g. Nombre de la aseguradora	h. Núm. de póliza	i. Fecha de vigencia	j. Nombre y dirección del otro Empleador

■ ¿Alguna de las personas señaladas está discapacitada?  Sí  No Si responde Sí, llene los encasillados k + l y presente una Declaración Individual de Salud cumplimentada (Individual Health Statement) para cada persona:

k. Nombre	l. Fecha en que comenzó la discapacidad
-----------	---

■ ¿Alguna de las personas señaladas es elegible de recibir Medicare?  Sí  No Si responde Sí, llene los encasillados m + n:

m. Nombre	n. Núm. ident. de Medicare
-----------	----------------------------

■ ¿Alguna de las personas señaladas tiene otro seguro dental?  Yes  No Si responde Sí, llene los encasillados o-r:

o. Nombre	p. Nombre de la aseguradora	q. Núm. de la póliza	r. Fecha de vigencia
-----------	-----------------------------	----------------------	----------------------

#### 5. \*Seguro de vida colectivo (Llene sólo si su Empleador ofrece este beneficio)

Deseo recibir la cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Título del empleo	Beneficios del empleado Vida: \$ AD&D:\$ Vida suplement.**\$
Núm. de horas trabajadas por semana	Sueldo/Salario <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$	Cónyuge/Pareja de hecho – Cantidad: \$ Hijos – Cantidad por cada hijo: \$

Como empleado cubierto, usted tiene derecho a elegir o cambiar sus beneficiarios de conformidad con las disposiciones de su póliza.

Beneficiario primario del Seguro de vida (nombre completo)	Porcentaje	Teléfono ( )	Relación***
Beneficiario Contingente (nombre completo)	Porcentaje	Teléfono ( )	Relación

\*\* Puede que sea necesario presentar prueba de asegurabilidad.

\*\*\* Su cónyuge TIENE que firmar este formulario si nombra a otra persona que no es su cónyuge como beneficiario.

Firma del cónyuge X	Fecha
------------------------	-------

#### 6. \*Seguro colectivo por discapacidad a largo plazo (LTD) (Llene sólo si su Empleador ofrece este beneficio)

Deberes en el trabajo
-----------------------

Comprendo que podría ser necesario someterme a un examen médico, cuyos cargos correrán por mi cuenta, si deseo participar posteriormente.

Firma del Empleado X	Fecha
Beneficiario del seguro LTD (nombre completo)	Relación

\* Las coberturas de Seguro de vida/AD&D y LTD están aseguradas por The Hartford. The Hartford® es The Hartford Financial Services Group, Inc. y sus subsidiarias, incluidas las compañías de emisión de seguros Hartford Life Insurance Company y Accident Insurance Company y CNA Group Life Assurance Company. Ninguna de las disputas asociadas con la cobertura proporcionada por The Hartford está sujeta a arbitraje.

#### 7. Firma obligatoria para los términos y condiciones y los datos de arbitraje – Lea detenidamente

Con mi firma abajo, reconozco que he leído, comprendido y aceptado los Términos y Condiciones y los Datos de Arbitraje en todas las hojas de este formulario. Toda reproducción de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

**I. DESEO PARTICIPAR EN LAS COBERTURAS SELECCIONADAS Y POR LA PRESENTE AUTORIZO A QUE MI EMPLEADOR DEDUZCA LAS CANTIDADES NECESARIAS DE MI CHEQUE DE SUELDO/SALARIO PARA PAGAR MI PARTICIPACIÓN DE LAS PRIMAS.**

**II. DATOS DE ARBITRAJE: ACEPTO Y COMPRENDO QUE TODAS Y CADA UNA DE LAS DISPUTAS, INCLUIDOS LOS RECLAMOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS BAJO EL PLAN DE SALUD Y LOS RECLAMOS POR NEGLIGENCIA MÉDICA (ES DECIR, SI LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS BAJO EL PLAN DE SALUD FUERON INNECESARIOS O NO ESTUVIERON AUTORIZADOS O SE PRESTARON DE FORMA INDEBIDA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE), EXCEPTO LOS RECLAMOS SUJETOS A ERISA, QUE YO TENGA O TENGAN MIS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN (INCLUIDOS HEREDEROS O APODERADOS) Y PACIFICARE OF CALIFORNIA O SU FAMILIA DE COMPAÑÍAS MATRICES, SUBSIDIARIAS O FILIALES, SE DETERMINARÁN MEDIANTE UN PROCESO DE ARBITRAJE OBLIGATORIO. TALES DISPUTAS NO SE RESOLVERÁN POR MEDIO DE DEMANDAS NI SE RECURRIRÁ A PROCESOS JUDICIALES, EXCEPTO EN LA MEDIDA EN QUE LA LEY FEDERAL DE ARBITRAJE ESTIPULE PARA QUE SE REALICE UNA REVISIÓN JUDICIAL DE LOS PROCESOS DE ARBITRAJE. TODAS LAS PARTES DE ESTE ACUERDO CEDEN SUS DERECHOS CONSTITUCIONALES DE PERMITIR QUE TALES DISPUTAS SE DECIDAN EN UN TRIBUNAL JUDICIAL ANTE UN JURADO, Y EN LUGAR DE ELLO ACEPTAN SOMETERSE A ARBITRAJE OBLIGATORIO.**

Firma (obligatoria) X	Fecha (obligatoria)
--------------------------	---------------------

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Código de referencia	Núm. de localización
----------------------	----------------------

# FORMULARIO DE RENUNCIA DE LA COBERTURA

Llene esta sección si usted o sus dependientes elegibles renuncian a la cobertura

Salvo si una de las circunstancias establecidas abajo es pertinente en su caso, el no inscribirse durante el período inicial de inscripciones permitirá al plan clasificarlo como Suscriptor Tardío e imponer un período de espera de doce meses desde la fecha en que decida inscribirse.

Confirmando que el motivo por el cual he decidido no inscribirme en el  Plan de Salud  Plan Dental  Plan de la Vista Colectivo de PacifiCare se debe a lo siguiente: (marque según corresponda)

- Estoy cubierto por otro  plan de salud  plan dental  plan de la vista colectivo ofrecido a mi cónyuge/Pareja de Hecho.
- Estoy cubierto por otro  plan de salud  plan dental  plan de la vista colectivo ofrecido por mi EMPLEADOR.
- Estoy cubierto por un plan individual de salud.
- No deseo inscribirme debido a que \_\_\_\_\_
- Rechazo el  plan de salud  plan dental  plan de la vista de mi cónyuge/Pareja de Hecho, nombre \_\_\_\_\_, debido a que \_\_\_\_\_
- Rechazo la cobertura de mi hijo/hijos en/los siguiente(s) planes:
  - plan de salud  plan dental  plan de la vista, nombre \_\_\_\_\_, debido a que \_\_\_\_\_
  - plan de salud  plan dental  plan de la vista, nombre \_\_\_\_\_, debido a que \_\_\_\_\_
  - plan de salud  plan dental  plan de la vista, nombre \_\_\_\_\_, debido a que \_\_\_\_\_

## Si he decidido o uno de mis dependientes ha decidido renunciar a la cobertura señalada arriba:

Comprendo que en la eventualidad de que yo y/o mis dependientes elegibleselijamos inscribirnos posteriormente en un plan de PacifiCare, se nos podría clasificar como "Suscriptores Tardíos" y posiblemente tendremos que esperar un período de doce (12) meses posterior a la fecha de nuestra inscripción o al siguiente período de inscripciones abiertas para recibir la cobertura.

Me han informado que, bajo las siguientes tres circunstancias, ni mis dependientes ni yo estaremos clasificados como "Suscriptores Tardíos" y, por lo tanto, no será aplicable el período de espera de doce (12) meses una vez que nos inscribamos en un plan de PacifiCare;

### 1. COBERTURA de OTRO EMPLEADOR en un plan de salud.

Usted y sus dependientes (colectivamente "Usted") no estarán clasificados como "Suscriptores Tardíos" si:

- a. Usted está actualmente cubierto por un plan ("Plan") de salud de otro empleador aunque también es elegible de inscribirse en un plan de PacifiCare;
- b. Usted certifica por escrito en esta Renuncia de la Cobertura que renuncia a la cobertura de PacifiCare debido a que ya está cubierto por otro Plan colectivo;
- c. Usted se entera posteriormente que ha perdido o que perderá la cobertura de otro Plan debido a lo siguiente:
  - (1) su empleo termina o el empleo de la persona a través de la cual Usted ha estado cubierto como dependiente;
  - (2) un cambio en la clasificación de su empleo o del empleo de la persona a través de la cual Usted ha estado cubierto como dependiente;
  - (3) la cancelación de la cobertura del otro Plan;
  - (4) la cancelación de la aportación monetaria del empleador para la cobertura del otro Plan;
  - (5) el fallecimiento de la persona a través de la cual Usted ha estado cubierto como dependiente;

- (6) separación legal o divorcio; o
- (7) pérdida de la cobertura de Medi-Cal sin participación en los costos por parte de la persona a través de la cual Usted ha estado cubierto como dependiente; y
- (8) Usted renunció a la cobertura durante el período anterior de inscripciones y posteriormente adquiere a un dependiente;
- (9) la cancelación de la cobertura del otro Plan para sus dependientes; y

d. Usted solicita inscribirse antes de que concluya el período de treinta (30) días de la cancelación de la cobertura del otro Plan debido a una de las razones señaladas aquí en la subsección 1(c).

Si Usted cumple con uno de los requisitos señalados arriba, no estará clasificado como Suscriptor Tardío y no tendrá que esperar el período de doce (12) meses después de la inscripción.

- 2. PLANES MÚLTIPLES. Si su empleador ofrece uno o más planes y Usted se inscribe en uno de ellos durante un período de inscripción abierta, no estará clasificado como Suscriptor Tardío si se inscribe posteriormente en un plan de PacifiCare.
- 3. MANDATO JUDICIAL. Usted, su cónyuge y/o hijo menor de edad no estarán clasificados como Suscriptores Tardíos, si un tribunal ha ordenado que el plan de salud del empleado proporcione cobertura a un cónyuge o hijo menor de edad. PacifiCare inscribirá a un hijo Dependiente treinta (30) días después de haber recibido un mandato judicial o solicitud del fiscal de distrito, solicitud de uno de los padres o de la persona con custodia del niño según se define en la Sección 3751.5 del Código de Familia, el empleador o el administrador del grupo. En el caso de niños elegibles de recibir Medicaid, la oficina de Servicios de Salud del Departamento del Estado podría también solicitar dicha cobertura.

**Mi firma en el interior de este formulario confirma que he leído, comprendido y aceptado los términos y condiciones señalados arriba.**

**Firma – He leído, comprendido y aceptado la Renuncia de la Cobertura señalada arriba.**

Firma (obligatoria)

X

Fecha (obligatoria)

Por favor abra  
para llenar el formulario

Por favor abra  
para llenar el formulario

