



**Favor de entregar esta
forma a su empleado**

Si usted elige **No inscribirse** para cobertura de grupo para usted mismo o sus dependientes, complete la siguiente información y firme abajo.

Nombre de Empleador (Grupo)	Nombre de Empleado (escriba con letra de molde)
-----------------------------	---

Renuncia a cobertura de seguro salud y/o dental: Yo certifico que se me ha ofrecido la oportunidad de participar en el plan de seguro de salud y/o dental de mi empleador ofrecido por Blue Cross and Blue Shield of New Mexico. (Llene las casillas que corresponden.)

<p>Salud</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo cobertura de plan de seguro para mi y para mis dependientes (si existen).</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo cobertura de plan de seguro para mi conyuge.</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo cobertura de plan de seguro para mis hijos.</p>	<p>Dental</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo plan de seguro dental para mi y para mis dependientes (si existen).</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo plan de seguro dental para mi conyuge.</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo plan de seguro dental para mis hijos.</p>
--	---

<p>Vista</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo cobertura de plan de seguro para mi y para mis dependientes (si existen).</p>	<p>Vida</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo plan de seguro de vida para mi y para mis dependientes (si existen).</p>
---	---

En este momento no deseo participar en el plan de seguro para grupos por las siguientes razones:

Tengo cobertura Blue Cross and Blue Shield o New Mexico por otra fuente; nombre y numero de grupo: _____

Soy dependiente de Miembro Militar. Soy jubilado (o dependiente de un Miembro Militar jubilado).

Tengo cobertura por otro grupo; nombre: _____ No tengo cobertura y por ahora no tengo interés.

Firma del Empleado	Fecha
--------------------	-------

Si usted esta rechazando inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) porque ya tiene otra cobertura de seguro de salud, podrá inscribirse usted mismo y sus dependientes en este plan en un futuro, siempre y cuando usted solicita inscripción 30 días antes que termine su otra cobertura. Además, si usted tiene un dependiente nuevo por razones de matrimonio, nacimiento o adopción, podrá inscribirse usted y sus dependientes siempre y cuando solicita inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, el nacimiento o la adopción.

BCBSNM es una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal, un Concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.



Renuncia a Seguro

**Favor de entregar esta
forma a su empleado**

Si usted elige **No inscribirse** para cobertura de grupo para usted mismo o sus dependientes, complete la siguiente información y firme abajo.

Nombre de Empleador (Grupo)	Nombre de Empleado (escriba con letra de molde)
-----------------------------	---

Renuncia a cobertura de seguro salud y/o dental: Yo certifico que se me ha ofrecido la oportunidad de participar en el plan de seguro de salud y/o dental de mi empleador ofrecido por Blue Cross and Blue Shield of New Mexico. (Llene las casillas que corresponden.)

<p>Salud</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo cobertura de plan de seguro para mi y para mis dependientes (si existen).</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo cobertura de plan de seguro para mi conyuge.</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo cobertura de plan de seguro para mis hijos.</p>	<p>Dental</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo plan de seguro dental para mi y para mis dependientes (si existen).</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo plan de seguro dental para mi conyuge.</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo plan de seguro dental para mis hijos.</p>
--	---

<p>Vista</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo cobertura de plan de seguro para mi y para mis dependientes (si existen).</p>	<p>Vida</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo plan de seguro de vida para mi y para mis dependientes (si existen).</p>
---	---

En este momento no deseo participar en el plan de seguro para grupos por las siguientes razones:

Tengo cobertura Blue Cross and Blue Shield o HMO New Mexico por otra fuente; nombre y numero de grupo: _____

Soy dependiente de Miembro Militar. Soy jubilado (o dependiente de un Miembro Militar jubilado).

Tengo cobertura por otro grupo; nombre: _____ No tengo cobertura y por ahora no tengo interés.

Firma del Empleado	Fecha
--------------------	-------

Si usted esta rechazando inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) porque ya tiene otra cobertura de seguro de salud, podrá inscribirse usted mismo y sus dependientes en este plan en un futuro, siempre y cuando usted solicita inscripción 30 días antes que termine su otra cobertura. Además, si usted tiene un dependiente nuevo por razones de matrimonio, nacimiento o adopción, podrá inscribirse usted y sus dependientes siempre y cuando solicita inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, el nacimiento o la adopción.

BCBSNM es una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal, un Concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.