

RENUNCIA A LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA MÉDICA

SE DEBEN COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO Y SE REQUIEREN LAS FIRMAS DEL EMPLEADO Y DEL EMPLEADOR.

“CONSULTE LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO”

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/EMPLEADO

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
Fecha de contratación:	Cargo:	

OTRA INFORMACIÓN DE LA COBERTURA

¿Tiene otra cobertura de beneficios de salud?	
<input type="checkbox"/>	SÍ. Si la respuesta es Sí, complete a continuación
<input type="checkbox"/>	NO. No tengo otra cobertura de seguro de salud
Información de la cobertura:	
Nombre de la persona principal en la póliza:	
Nombre del empleador o de la parte que proporciona la cobertura de atención médica:	
Nombres de los dependientes cubiertos en la póliza:	
Nombre de la compañía aseguradora/proveedor del plan de salud:	
Adjunte una fotocopia de su tarjeta de identificación de proveedor del plan de salud	

VALIDACIÓN DE LA RENUNCIA A LOS BENEFICIOS

<p>Comprendo que mi empleador me ha ofrecido un seguro de salud grupal con Hometown Health. He optado por no inscribirme ni inscribir a mis dependientes. Comprendo que si yo y/o mis dependientes decidimos, en algún momento en el futuro, que deseamos esta cobertura, debo esperar que mi empleador anuncie el período de “inscripción abierta” o el período de inscripción especial debido a un evento que califique (es decir, divorcio, matrimonio, nacimiento de un hijo, muerte, pérdida del seguro médico, etc.).</p>	
Firma del empleado: _____	Fecha: _____
Firma del empleador: _____	Fecha: _____

Comentarios: _____

INSTRUCCIONES

SE DEBEN COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO Y SE REQUIEREN LAS FIRMAS DEL EMPLEADO Y DEL EMPLEADOR.

Información del empleador:

1. Ingrese los datos de la compañía en las áreas de información correspondientes para el empleador.

Información del solicitante/empleado:

1. Ingrese sus datos personales en las áreas de información correspondientes para el solicitante/empleado.

Otra información de la cobertura:

1. Indique si tiene o no otra cobertura de beneficios de salud.
2. Indique el nombre del empleador, el miembro principal que tiene esta cobertura de seguro y la compañía aseguradora que le proporciona la cobertura a usted y/o a sus dependientes.
3. Adjunte una fotocopia de su tarjeta de identificación de proveedor del plan.

Validación de la renuncia a los beneficios:

1. Empleado: Lea la declaración detenidamente, luego coloque su firma y la fecha en el Formulario de renuncia a la cobertura. Entregue el formulario a su empleador.
2. Empleador: Firme el formulario antes de entregárselo a Hometown Health.