

Renuncia de Cobertura Médica y Dental – S. W. Rodgers
Para el plan de año efectivo 1/1/2012-12/31/12

Nombre del Empleado: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

Número de Seguro Social _____ – _____ – _____

Yo he sido informado (a) que soy elegible para solicitar la cobertura de salud bajo el Plan de Salud de S.W. Rodgers.

Para el plan de año efectivo 01/01/2012, Yo estoy negando cobertura para mi mismo y dependientes elegibles en el siguiente plan (es):

- Médico y Visión
 Dental

Yo estoy negando cobertura debido a:

- Mi preferencia de no tener cobertura
 Cobertura a través del empleador de mi cónyuge – nombre del portador: _____
 Otra cobertura: Individual COBRA Medicare Medicaid
 TRICARE (anteriormente Champus) Empleador-Plan de Grupo Patrocinado

Al firmar a continuación, certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar cobertura para mí y mis dependientes elegibles, si existe alguno. Yo estoy negando la inscripción de como se indicó anteriormente. Yo entiendo que estoy negando la inscripción para mí y mis dependientes elegibles (incluyendo a mi cónyuge) debido a otra cobertura de salud o plan de cobertura de salud de grupo. Yo pudiera inscribirme y a mis dependientes elegibles en este plan si yo pierdo, o mis dependientes elegibles pierden elegibilidad de la otra cobertura (o si el empleador para de contribuir para la otra cobertura para mi o mis dependientes elegibles).

Yo entiendo que debo solicitar la inscripción no más de 30 días después de la fecha en que la cobertura de salud del otro plan termina (o después de que el empleador deja de contribuir para mi cobertura y las de mis dependientes elegibles). Si yo no hago esto, yo no podré registrarme sino hasta el próximo periodo anual de inscripción abierta que el empleador provee. Yo también entiendo que yo podría solicitar inscripción dentro de 60 días de haber perdido elegibilidad para el programa de Medicaid/CHIP ó que yo puedo cancelar mi cobertura actual una vez sea elegible para Medicaid/CHIP.

Además, yo entiendo que si tengo un dependiente recién elegible debido a un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, yo pudiera inscribirme y mi dependiente (s) elegibles. Sin embargo, debo solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Yo entiendo que a fin de solicitar la inscripción especial u obtener más información, debo acercarme a mi administrador de beneficios del grupo.

Firma del Empleado

Fecha