

Formulario de exención del empleado

Usted, el empleado, debe completar esta exención (si es elegible, pero decide rechazar o renunciar a la cobertura). Usted es el único responsable de que el formulario se complete de forma precisa y completa. Para evitar demoras, responda todas las preguntas y asegúrese de firmar y fechar la exención. Complete el formulario con tinta azul o negra y envíeselo a su empleador cuando lo haya finalizado.

Sección A: Información que debe completar el empleador			
Nombre del empleador		Número de grupo del empleador (en caso de estar disponible)	
Sección B: Información del empleado			
Nombre del empleado		Inicial del segundo nombre	Apellido
Número de seguro social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico	
Sección C : Exención/rechazo de cobertura			
Motivo de rechazo de la cobertura (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Tiene cobertura del cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Tiene cobertura grupal del padre/madre/tutor <input type="checkbox"/> Está inscrito en un seguro individual <input type="checkbox"/> Está inscrito en el plan grupal de otra compañía de seguros patrocinado por este empleador <input type="checkbox"/> Está inscrito en Medicare, Medicaid o la cobertura de Asuntos Veteranos <input type="checkbox"/> Elige no tener cobertura Otro motivo (especifique):		Compañía de seguros	
		Número de póliza	
		Si elige a Medicare/Medicaid/Asuntos Veteranos como motivo para rechazar la cobertura, marque una a continuación: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura de Asuntos Veteranos	
		Policy number	
Sección D: Acuerdo general			
<p>Lea esta sección detenidamente y <u>firmar solo si decide rechazar la cobertura</u>:</p> <p>Confirmando que mi empleador me ha ofrecido la cobertura disponible y que soy consciente de que tengo pleno derecho de solicitar la cobertura. Me han brindado la posibilidad de solicitar esta cobertura y he decidido no inscribirme ni a mí ni a mis dependientes, si los hubiera. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie ha intentado influenciarme o generar alguna presión sobre mí para que elija eximir la cobertura. Al renunciar a la cobertura médica grupal (salvo que el empleado o los dependientes tengan cobertura médica grupal con otra compañía de seguros), comprendo que es posible que mis dependientes y yo debamos esperar hasta la próxima inscripción abierta para inscribirnos en este plan médico grupal, a menos que califique para una inscripción abierta especial.</p> <p>Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de confundir, información sobre cualquier hecho material incluido en este formulario comete un acto fraudulento de seguro, que implica un delito, y estará sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.</p> <p>Si está rechazando la inscripción de usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) ya que tiene un plan de seguro de salud o un plan de salud grupal con otra compañía de seguros, es posible que pueda inscribirse a usted y a sus dependientes en este plan, siempre y cuando usted o sus dependientes pierdan la elegibilidad para recibir cobertura en la otra compañía de seguros (o en caso de que el empleador ya no aporte a la cobertura de la otra compañía de seguros ni para usted ni sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros, sea de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar para la cobertura de la otra compañía de seguros). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse a usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Oscar al (844) 567-2272.</p>			
Firma del solicitante		Nombre en letra de imprenta	Fecha (mm/dd/aaaa)
<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 2px 10px; display: inline-block;">Sign here</div>			