



## Renuncia a la cobertura de salud

Reconozco que me han ofrecido cobertura de salud de Essential Benefit Administrators para mí y mis dependientes a través de mi empleador.

Renuncio a la inscripción en este momento porque:

Tengo otra cobertura médica provista por: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ No. póliza \_\_\_\_\_

Mediante (Nombre del empleador): \_\_\_\_\_

No deseo inscribirme en ningún tipo de cobertura médica en este momento.

No deseo inscribirme  esposa(o)  niño(s) en cualquier tipo de cobertura médica en este momento.

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de atención médica, puede inscribirse usted o sus dependientes en este plan antes del próximo período de inscripción abierta (en determinadas circunstancias). Para hacer esto, debe haber perdido involuntariamente su otra cobertura y debemos recibir su solicitud de inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene nuevos dependientes como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega para adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes, siempre que recibamos su solicitud de inscripción completa dentro de los 60 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción, o entrega en adopción.

Nombre completo impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_