



ALLIED NATIONAL RENUNCIA A PLAN DE SALUD COLECTIVO

Renuncia a cobertura de salud para mí

DESPUÉS de la debida consideración, he determinado no inscribirme en el Plan de salud colectivo debido a (marque una):

- Cobertura existente - Tengo cobertura bajo otro Plan de salud individual o bajo un Plan de beneficios de salud patrocinado por un empleador.
Nombre del empleador (si corresponde): _____
Nombre de la compañía de seguros del plan de salud indicado arriba: _____
Póliza, certificado o número de identificación: _____
Número de teléfono de la compañía o del Departamento de reclamos: _____
- Otras razones - Decido no inscribirme para cobertura en el plan de salud colectivo para mí, debido a razones distintas a tener una cobertura existente como se mencionó anteriormente. Entiendo que tengo derecho a inscribirme para cobertura en este momento y que estoy rechazando voluntariamente dicha cobertura.

Renuncia a cobertura de salud para dependientes (omite si no tiene dependientes)

DESPUÉS de la debida consideración, he determinado no inscribir a mis dependientes en el Plan de salud colectivo debido a (marque una):

- Cobertura existente - Mis dependientes tienen cobertura bajo otro Plan de salud individual o bajo un Plan de beneficios de salud patrocinado por un empleador.
Nombre del empleador (si corresponde): _____
Nombre de la compañía de seguros del plan de salud indicado arriba: _____
Póliza, certificado o número de identificación: _____
Número de teléfono de la compañía o del Departamento de reclamos: _____
- Otras razones - Decido no inscribirme para cobertura de dependientes en el plan de salud colectivo, debido a razones distintas a tener una cobertura existente como se mencionó anteriormente. Entiendo que tengo derecho a inscribir a mis dependientes para cobertura en este momento y que estoy rechazando voluntariamente dicha cobertura.

Información importante

Si está rechazando la cobertura para usted o para sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otra cobertura, puede en el futuro inscribirse usted mismo o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción antes de cumplirse 30 días después del término de la otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted mismo o inscribir a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción antes de cumplirse 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Entiendo que no solicitar cobertura debido a razones distintas a tener una cobertura existente tiene consecuencias importantes:

- a. Mis dependientes y yo pueden ser excluidos de la cobertura como se describe en las disposiciones de Elegibilidad de solicitante tardío establecidas en el Certificado o la Descripción resumida del plan; o
- b. La fecha de vigencia de la cobertura para mí y mis dependientes puede ser retrasada, como se describe en la disposición de Elegibilidad de solicitante tardío en el Certificado o la Descripción resumida del plan; o
- c. El período durante el cual las condiciones preexistentes no estarán cubiertas puede extenderse para mí y para mis dependientes, como se describe en las disposiciones de Elegibilidad de solicitante tardío y las Limitaciones de condiciones preexistentes en el Certificado o la Descripción resumida del plan.

Como resultado, renuncio a todos los beneficios de reclamos pagaderos por esto por mí y/o por mis dependientes. Entiendo que la información anterior puede ser verificada para determinar si los requisitos de participación de esta inscripción colectiva cumplen con las normas de suscripción.

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____ N° de seguro social: _____

Nombre del empleador: _____ N° de caso: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

ALLIED NATIONAL
UNDERWRITING DEPARTMENT
Por correo: P. O. Box 29187, Shawnee Mission, KS 66201-9187
Por correo electrónico: underwriting@alliednational.com Por fax: 913-945-4397

Las copias electrónicas de este formulario enviadas por fax, correo electrónico u otro medio electrónico se consideran documentos originales.