

Renuncia propia

DESPUÉS de la debida consideración, es mi determinación no inscribirme en el plan médico grupal por (marque uno):

- Cobertura existente: Estoy cubierto por otro plan médico individual o por un plan de beneficios médicos patrocinado por la empresa.

Nombre de la empresa (si procede): _____

Nombre del operador del plan médico mencionado: _____

Número de póliza, certificado o identificación: _____

Número de teléfono de la compañía o del departamento de reclamaciones: _____

- Otras razones: Opto por no inscribirme en la cobertura del plan médico grupal por razones distintas a las de tener una cobertura existente como la mencionada anteriormente. Entiendo que tengo el derecho de inscribirme para la cobertura en este momento y estoy rechazando voluntariamente la cobertura.

Renuncia para los dependientes (omítala si no tiene dependientes)

DESPUÉS de la debida consideración, es mi determinación no inscribir a mis dependientes en el plan médico grupal debido a (marque uno):

- Cobertura existente: Mis dependientes están cubiertos por otro plan médico individual o por un plan de beneficios médicos patrocinado por la empresa.

Nombre de la empresa (si procede): _____

Nombre del operador del plan médico mencionado: _____

Número de póliza, certificado o identificación: _____

Número de teléfono de la compañía o del departamento de reclamaciones: _____

- Otras razones: Opto por no inscribir a mis dependientes en la cobertura del plan médico grupal por razones distintas a las de tener una cobertura existente como la mencionada anteriormente. Entiendo que tengo el derecho de inscribir a mis dependientes en la cobertura en este momento y estoy rechazando voluntariamente la cobertura.

Información importante

Si está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted o sus dependientes en este plan siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Entiendo que no inscribirme en la cobertura por razones distintas a tener una cobertura existente que califique tiene consecuencias importantes:

- Mis dependientes y yo podemos ser excluidos de la cobertura como se describe en las disposiciones de Elegibilidad de solicitantes tardíos establecidas en el Certificado o en la Descripción resumida del plan.
- La fecha de entrada en vigor de la cobertura para mí y mis dependientes puede retrasarse, como se describe en la disposición sobre Elegibilidad de solicitantes tardíos del Certificado o Descripción resumida del plan.
- El período durante el cual no se cubrirán las condiciones preexistentes puede extenderse para mí y mis dependientes, como se describe en las disposiciones sobre Elegibilidad del solicitante tardío y limitaciones de las condiciones preexistentes en el Certificado o en la Descripción resumida del plan.

Como resultado, renuncio a todos los beneficios de la reclamación pagaderos en virtud de la misma para mí y mis dependientes. Entiendo que la información anterior puede ser verificada para determinar si los requisitos de participación para esta inscripción en el grupo cumplen con las normas de suscripción.

Nombre del empleado (con letra de molde): _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre de la empresa: _____ Caso #: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

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