

Renuncia a Beneficios de Salud de Grupo & Aviso de Derechos de Inscripción Especial
Ability360 – Año del Plan Enero 1, 2019 – Diciembre 31, 2019

Favor de completar lo siguiente y enviarlo por fax al 602-528-3422 o mandarlo a benefits@ability360.org

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

Número del Empleado: _____
(Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleado)

Estoy renunciando a la cobertura para:

- | | | |
|---|---------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Mí Mismo | Medical _____ | Dental _____ |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/ Pareja Doméstica | Medical _____ | Dental _____ |
| <input type="checkbox"/> Dependiente(s) | Medical _____ | Dental _____ |

Estoy renunciando la cobertura porque:

- Es mi preferencia de no tener cobertura
- Estoy cubierto bajo el seguro de mi cónyuge/pareja doméstica
 - Nombre del Seguro: _____
- Otra cobertura – Nombre del Seguro: _____

- Esta otra cobertura es: Individual COBRA Medicare TRICARE
- Medicaid Un Plan Patrocinado por una Compañía Mercado de Seguros

Aviso de Inscripción Especial y Certificación – Favor de leer y firmar si desea rechazar cobertura.

Mediante mi firma en este documento, certifico que se me ha ofrecido la oportunidad de aplicar para cobertura para mí y mis dependientes elegibles (si aplica). Estoy rechazando la inscripción como se indica en la parte superior. Yo entiendo que estoy rechazando inscripción tanto para mí como para mis dependientes elegibles (incluyendo mi cónyuge). Si mis dependientes o yo perdemos elegibilidad de otra cobertura, podremos inscribirnos en este plan. (o si el empleador deja de contribuir hacia la otra cobertura tanto mía o de mis dependientes elegibles).

Yo entiendo que necesito pedir cobertura dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de mi otra cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir hacia la prima). Si no lo hago, no podré inscribirme hasta el siguiente período de inscripción abierta de mi compañía.

Adicionalmente, entiendo que si tengo un nuevo dependiente elegible como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podré inscribirme al igual que mi(s) dependiente(s) elegible(s). Sin embargo, debo solicitarlo dentro de los 30 días posteriores al evento calificativo.

Entiendo por disminución de la cobertura puede estar sujeta a una pena Individual de mandato y no tenga la capacidad de recibir un subsidio en el mercado de seguro de salud. También entiendo que no tendré la oportunidad de inscribirse en esta cobertura hasta siguientes inscripciones abiertas de Ability360 para una fecha de vigencia del 01/01/2019, a menos que tenga un evento de clasificación identificado por mi empleador.

Entiendo que esta renuncia será en efecto hasta y a menos que inscriba en cobertura o revocar la renuncia por escrito.

Para más información, necesito contactar a Recursos Humanos. 1-844-274-7284 / o mandarlo a benefits@ability360.org

Firma del Empleado

Employee ID#

Fecha de la Firma