

# Renuncia a Cobertura de Grupo



MASSACHUSETTS

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor, Marca Una:

- Renuncio a la cobertura de grupo de seguro de salud de mi empleador para mí y mis dependientes (si corresponde).
- Me inscribo en la cobertura de grupo de seguro de salud de mi empleador pero renuncio a la cobertura de mis dependientes.

Razón para Renunciar a la Cobertura: Por favor, Marca Una:

- Cubierto(s) a través del empleador de mi cónyuge.

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

- Otra razón (explica): \_\_\_\_\_

Como resultado de esto, renuncio a mi elegibilidad para inscribirme y/o inscribir a mis dependientes (si los hubiera) en el plan de grupo de mi empleador en este momento. Entiendo que yo y/o mis dependientes podríamos inscribirnos en este plan en el futuro únicamente en un plazo de 30 días a partir de la pérdida involuntaria de otra cobertura de grupo o en el período de inscripción abierta anual de mi empleador.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_