RENUNCIA DE BENEFICIOS DE COBERTURA MÉDICA

Hometown Health Providers Ins. Co. [PPO] Hometown Health Plan [HMO] "VER INSTRUCCIONES AL REVERSO"

INFO	ORMACIÓN DEL EMPLE	ADOR
Nombre del Empleador:		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	C.P.
Número de Teléfono:		
	ORMACIÓN DEL SOLICI	
Apellido:	Nombre:	Inicial:
Domicilio:	<u> </u>	
Ciudad:	Estado:	C.P.
Número de Seguro Social:		cha de Nacimiento: / /
Fecha de Contratación:	11	ulo:
F	RENUNCIA DE BENEFIC	IOS
Tengo entendido que mi empleador me ha ofrecido un Programa de Seguro de Grupo. Yo he decidido no inscribirme ni a mis dependientes en uno o más de los siguientes:		
☐ Cobertura de	Seguro Completo	
	5 6: 14/4	
☐ Cobertura de Beneficios Médicos de Salud		
	-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
OTPA	INFORMACIÓN DE COE	REDTIDA
¿Tiene usted otra cobertura de la		SÍ (complete lo que sigue)
0	ochenolos de salda :	NO
Nombre del titular en la póliza:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		NO
Nombre del titular en la póliza:	proporciona cobertura mé	NO
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que p Nombre(s) de dependiente(s) que	proporciona cobertura mé cubre la póliza:	NO
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que pombre(s) de dependiente(s) que Nombre del Proveedor/Asegurado	proporciona cobertura mé cubre la póliza: r del plan;	NO dica:
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que pombre(s) de dependiente(s) que Nombre del Proveedor/Asegurado	proporciona cobertura mé cubre la póliza:	NO dica:
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que pombre(s) de dependiente(s) que Nombre del Proveedor/Asegurado Favor de presentar	proporciona cobertura mé cubre la póliza: r del plan;	NO dica:
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que pombre(s) de dependiente(s) que Nombre del Proveedor/Asegurado	proporciona cobertura mé cubre la póliza: r del plan;	NO dica:
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que pombre(s) de dependiente(s) que Nombre del Proveedor/Asegurado Favor de presentar	proporciona cobertura mé cubre la póliza: r del plan;	NO dica:
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que pombre(s) de dependiente(s) que Nombre del Proveedor/Asegurado Favor de presentar	proporciona cobertura mé cubre la póliza: r del plan;	NO dica:
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que pombre(s) de dependiente(s) que Nombre del Proveedor/Asegurado Favor de presentar	proporciona cobertura mé cubre la póliza: or del plan: fotocopia de tarjeta de	NO dica:
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que ponte del Empleador o del que ponte del Proveedor/Asegurado Favor de presentar Comentarios:	proporciona cobertura mé cubre la póliza: or del plan: fotocopia de tarjeta de VALIDACIÓN	NO dica: Identificación del Plan
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que ponte del Empleador o del que ponte del Proveedor/Asegurado Favor de presentar Comentarios: Tengo entendido que si yo y/o n	proporciona cobertura mé cubre la póliza: or del plan: or fotocopia de tarjeta de VALIDACIÓN nis dependiente(s) decid	dica: Identificación del Plan Ilimos, en el futuro, que deseamos
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que ponte del Empleador o del que ponte del Proveedor/Asegurado Favor de presentar Comentarios: Tengo entendido que si yo y/o nesta cobertura, yo debo esperar	proporciona cobertura mé cubre la póliza: r del plan: fotocopia de tarjeta de VALIDACIÓN nis dependiente(s) decic	dica: Identificación del Plan limos, en el futuro, que deseamos do de "suscripción abierta" que
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que ponte del Empleador o del que ponte del Proveedor/Asegurado Favor de presentar Comentarios: Tengo entendido que si yo y/o nesta cobertura, yo debo esperar	proporciona cobertura mé cubre la póliza: r del plan: r fotocopia de tarjeta de VALIDACIÓN nis dependiente(s) decic r a que comience el períc ríodo de suscripción esp	dica: Identificación del Plan Iimos, en el futuro, que deseamos do de "suscripción abierta" que ecial que proporcione un evento
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que ponte del Empleador o del que ponte del Proveedor/Asegurado Favor de presentar Comentarios: Tengo entendido que si yo y/o nesta cobertura, yo debo esperar ofrece el empleador o algún per	proporciona cobertura mé cubre la póliza: r del plan: r fotocopia de tarjeta de VALIDACIÓN nis dependiente(s) decic r a que comience el períc ríodo de suscripción esp	dica: Identificación del Plan Iimos, en el futuro, que deseamos do de "suscripción abierta" que ecial que proporcione un evento
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que ponte del Empleador o del que ponte del Proveedor/Asegurado Favor de presentar Comentarios: Tengo entendido que si yo y/o nesta cobertura, yo debo esperar ofrece el empleador o algún per que califica. (por ej: divorcio, ma seguro médico, etc.)	validación esperimento de cubre la póliza: r del plan: r del plan: VALIDACIÓN mis dependiente(s) decid a que comience el perío íodo de suscripción esp atrimonio, nacimiento de	dica: Identificación del Plan limos, en el futuro, que deseamos do de "suscripción abierta" que decial que proporcione un evento e un hijo, muerte, pérdida del
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que ponte del Empleador o del que ponte del Proveedor/Asegurado Favor de presentar Comentarios: Tengo entendido que si yo y/o nesta cobertura, yo debo esperar ofrece el empleador o algún per que califica. (por ej: divorcio, ma seguro médico, etc.)	validación esperimento de cubre la póliza: r del plan: r del plan: VALIDACIÓN mis dependiente(s) decid a que comience el perío íodo de suscripción esp atrimonio, nacimiento de	dica: Identificación del Plan limos, en el futuro, que deseamos do de "suscripción abierta" que decial que proporcione un evento e un hijo, muerte, pérdida del
Nombre del titular en la póliza: Nombre del Empleador o del que ponte del Empleador o del que ponte del Proveedor/Asegurado Favor de presentar Comentarios: Tengo entendido que si yo y/o nesta cobertura, yo debo esperar ofrece el empleador o algún per que califica. (por ej: divorcio, ma seguro médico, etc.) Firma del Empleado:	validación esperiente	dica: Identificación del Plan Iimos, en el futuro, que deseamos do de "suscripción abierta" que decial que proporcione un evento

INSTRUCCIONES

Información del Empleador:

Anote los datos de la empresa en la parte apropiada de información para el empleador.

Información del Solicitante:

Anote sus datos personales en la parte apropiada de información para el solicitante.

Renuncia de Beneficios:

Si usted desea rechazar todos los beneficios que ofrece Hometown Health por parte del empleador, escriba una X en el cuadro que dice "Cobertura de Seguro Completo". Si usted desea rechazar solamente la Cobertura Médica que ofrece Hometown Health por parte del empleador, escriba una X en el cuadro que dice "Cobertura de Beneficios Médicos de Salud".

Otra Información de Cobertura:

Por favor indique si usted tiene o no algún otro seguro médico. Por favor indique el nombre del Empleador y del Proveedor/Asegurador que actualmente le proporciona a usted y a sus dependientes la cobertura que rechaza (si aplica). Anexe una fotocopia de la tarjeta de identificación del Proveedor del Plan.

Validación:

Lea cuidadosamente la declaración, luego firme y anote la fecha en el Formulario de Renuncia de Cobertura. Entregue el formulario al empleador.

Empleador:

Por favor firme el formulario antes de enviarlo a Hometown Health.

REV. 10/1/02