RENUNCIA DE BENEFICIOS DE COBERTURA MÉDICA

Hometown Health Providers Ins. Co. [PPO] ***Hometown Health Plan [HMO]***

"VER INSTRUCCIONES AL REVERSO"

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR		
Nombre del Empleador:		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	C.P.
Número de Teléfono:		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
Apellido:	Nombre:	Inicial:
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	C.P.
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento: / /	
Fecha de Contratación:	Título:	

RENUNCIA DE BENEFICIOS

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

☐ Cobertura de Beneficios Médicos de Salud

OTRA INFORMACIÓN DE COBERTURA
¿Tiene usted otra cobertura de beneficios de salud? **SÍ (complete lo que sigue)** **NO**
Nombre del titular en la póliza:
Nombre del Empleador o del que proporciona cobertura médica:
Nombre(s) de dependiente(s) que cubre la póliza:
Nombre del Proveedor/Asegurador del plan:
Favor de presentar fotocopia de tarjeta de Identificación del Plan

Comentarios:_____

_____

VALIDACIÓN

Tengo entendido que si yo y/o mis dependiente(s) decidimos, en el futuro, que deseamos esta cobertura, yo debo esperar a que comience el período de "suscripción abierta" que ofrece el empleador o algún período de suscripción especial que proporcione un evento que califica. (por ej: divorcio, matrimonio, nacimiento de un hijo, muerte, pérdida del seguro médico, etc.)

Firma del Empleado:_____ Fecha:_____

Firma del Empleador:_____ Fecha:_____

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.