

Nombre de la compañía: _____
(En letra de imprenta)

Nombre del empleado: _____
(En letra de imprenta)

Tengo entendido que mediante la renuncia de cobertura no voy a ser elegible para matricularse hasta los grupos siguiente periodo de inscripción abierta.

Marque abajo la casilla que corresponda y brinde toda la información pertinente:

Si su empleador ofrece opciones múltiples de planes de seguro médico, complete la siguiente sección:

Renuncio a la cobertura de BCN de mi empleador porque estoy inscrito actualmente en BCBSM.

Número de grupo de BCBSM _____

Renuncio a la cobertura de BCBSM de mi empleador porque estoy inscrito actualmente en BCN.

Número de grupo de BCN _____

Tengo una cobertura diferente a BCBSM o BCN, ofrecida por mi empleador.

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Número de póliza/contrato: _____

La cobertura es a través del Mercado de Seguros Médicos.

Si renuncia a la cobertura ofrecida por su empleador por otro motivo, complete la siguiente sección:

Tengo mi propia cobertura individual que mi empleador no ofrece ninguna contribución o reembolso de las primas.

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Número de póliza/contrato: _____

La cobertura es a través del Mercado de Seguros Médicos.

Estoy cubierto por otro plan de salud grupal, plan de la vista o plan odontológico que no es ofrecido por mi empleador (a través del cónyuge, propio, padre, etc.):

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Número de póliza/contrato: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el empleado: _____

La cobertura es a través del Mercado de Seguros Médicos.

Este empleador no me ofreció cobertura de atención médica, cobertura de la vista o cobertura odontológica.

No deseo la cobertura ofrecida a través de este empleador (se debe proporcionar el motivo): _____

La información proporcionada arriba es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Empleado fecha de contratación

Nombre del cargo

Firma del empleado

Fecha

Firma del empleador

Fecha