



Renuncia a la Cobertura de Salud de Grupo

Nombre de Empleado: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (MI)

Numero de Social Seguridad: _____

TIPO DE RENUNCIA: **PLAN DE SALUD**

Entiendo que se me ha ofrecido la oportunidad de inscribirse en la cobertura médica para mí y para mis dependientes a través de Engage PEO (y mi lugar de trabajo del empleador). Mi empleador ofrece cobertura médica que cumpla tanto valor mínimo y se considera asequible bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Por lo tanto, entiendo que debo aplicar, yo no sería elegible para un subsidio a través de la opinión pública de Seguros del mercado de la Salud (www.healthcare.gov).

Declino la inscripción en este momento debido a que:

He otra cobertura médica proporcionada por: Nombre de la compañía de seguro de salud: _____

El otra cobertura es:

Otro Empleador Plan de Grupo Patrocinado través _____

COBRA

Medicare

Medicaid

TRICARE (formerly CHAMPUS)

Individual

No deseo inscribirme a mí mismo en cualquier tipo de cobertura médica en este momento.

No quiero para inscribirse mi cónyuge mis hijos en cualquier tipo de cobertura médica en este momento.

Derechos de inscripción especial

Entiendo que si estoy rechazando la inscripción para mí y para mis dependientes (incluyendo mi cónyuge o pareja de hecho), porque de otra cobertura de atención de la salud, para que pueda inscribirse ya sea yo o mis dependientes en este plan antes del próximo período de inscripción abierta si yo o mis dependientes están inscritos en otra cobertura (bajo ciertas circunstancias).

- Debo haber perdido involuntariamente la otra cobertura y debo notificar Engage PEO plazo de 30 días que la otra cobertura ha finalizado.
- Si tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puedo ser capaz de inscribir a los dependientes, siempre y cuando yo notifique Engage PEO dentro de los 30 días de haberse producido el evento.
- Si yo o mis dependientes pierden elegibilidad para la cobertura bajo un programa estatal de Medicaid o CHIP o ser elegible para asistencia con la prima de Estado, debo notificar Engage PEO dentro de los 60 días del evento de cambio.

Entiendo que con el fin de solicitar la inscripción especial u obtener más información, que debería ponerse en contacto con el Departamento de Beneficios Engage al 1-888-780-8807 o por correo electrónico a benefits@engagepeo.com dentro del plazo indicado anteriormente.

Firma de empleado _____ Fecha _____

Engage PEO Medical Benefits Aetna Medical Group Number 326465

MEDICAL WAIVER: Worksite Employer Name_