

# RENUNCIA

(Se puede fotocopiar o duplicar)

## RENUNCIA A COBERTURA DE PLAN DE SALUD COLECTIVO

Admin. Use Only Para uso administrativo exclusivamente EWC DWC Case # _____
--

DESPUÉS de una debida consideración, es mi determinación:

- No inscribirme para recibir cobertura para mí ni para mis dependientes bajo el Plan de salud colectivo.
- No inscribirme para recibir cobertura para mis dependientes bajo el Plan de salud colectivo.

Por favor, responda a lo siguiente:

1. Yo y/o mis dependientes estoy/estamos cubierto/cubiertos bajo otro Plan de salud individual u otro Plan de beneficios de salud patrocinado por un empleador (si su cónyuge está cubierto bajo un plan patrocinado por otro empleador, por favor, proporcione el nombre del empleador).....  SÍ  NO

Nombre del empleador (si corresponde) \_\_\_\_\_

Nombre de compañía proveedora del Plan de salud indicado arriba \_\_\_\_\_

Nº de póliza o de certificado o de identificación \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la compañía o del Departamento de reclamos \_\_\_\_\_

2. Opto por no inscribirme para recibir cobertura para mí y/o para mis dependientes en el Plan de salud colectivo debido a razones distintas a tener una cobertura existente como se mencionó anteriormente. Entiendo que tengo derecho a inscribirme para recibir cobertura en este momento y que estoy rechazando voluntariamente dicha cobertura. ....  SÍ  NO

Si está rechazando la cobertura para usted o para sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro, puede en el futuro inscribirse usted mismo o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción antes de cumplirse 30 días después del término de la otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted mismo o inscribir a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción antes de cumplirse 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Entiendo que no inscribirme para recibir cobertura debido a razones distintas a tener una cobertura existente tiene consecuencias importantes:

- a. Mis dependientes y yo podemos ser excluidos de la cobertura como se describe en las disposiciones de Elegibilidad de solicitante tardío establecidas en el Certificado o en el Resumen de la Descripción del Plan; o
- b. La fecha de vigencia de la cobertura para mí y mis dependientes puede ser retrasada, como se describe en la disposición de Elegibilidad de solicitante tardío en el Certificado o en el Resumen de la Descripción del Plan; o
- c. El período durante el cual las condiciones preexistentes no estarán cubiertas puede extenderse para mí y para mis dependientes, como se describe en las disposiciones de Elegibilidad de solicitante tardío y las Limitaciones de condiciones preexistentes en el Certificado o en el Resumen de la Descripción del Plan.

Como resultado, renuncio a todos los beneficios de reclamos pagaderos por esto por mí y/o por mis dependientes.

Entiendo que la información anterior puede ser verificada para determinar si los requisitos de participación de esta inscripción colectiva cumplen con las normas de suscripción.

Nombre del empleado (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de caso \_\_\_\_\_

Firma del empleado  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nº de seguro social \_\_\_\_\_

ALLIED NATIONAL  
UNDERWRITING DEPARTMENT  
P. O. Box 29187  
Shawnee Mission, KS 66201-9187

[uas@alliednational.com](mailto:uas@alliednational.com)

Fax: (913)945-4397

Las copias electrónicas de la presente solicitud enviadas por fax, correo electrónico u otros medios electrónicos serán consideradas como el documento original.