

VERIFICACIÓN DE MASSACHUSETTS DE COBERTURA ALTERNATIVA



Complete este formulario en su totalidad si renuncia a la cobertura.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado: _____

Grupo de empleadores: _____

MOTIVOS DE LA RENUNCIA

Renuncio a mi derecho a participar en el Tufts Health Plan ofrecido en este momento por mi empleador o a través de él porque:

- Estoy cubierto por el plan de salud de mi cónyuge.
- Estoy cubierto por otro plan de salud patrocinado por mi compañía.
- Estoy cubierto por otro plan de salud no patrocinado por este empleador.
- No deseo inscribirme en ningún tipo de cobertura médica en este momento.
- Otro: (Debe proporcionar detalles) _____

Si ha seleccionado que tiene cobertura en otro lugar, proporcione lo siguiente:

Nombre de la aseguradora: _____

Nombre del suscriptor: _____

FIRMA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, en el futuro podrá inscribirse usted o sus dependientes en Tufts Health Plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse usted mismo y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Entiendo que si decido inscribirme más adelante, debo cumplir con los requisitos de Tufts Health Plan, si corresponde, pertinentes a las personas que se inscriben fuera del período de registro.

Al firmar este documento, certifica que la información contenida en este formulario es completa y verdadera.

Nombre

Firma

Fecha