

RHODE ISLAND VERIFICACIÓN DE COBERTURA ALTERNATIVA



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

Información del empleado

Nombre del empleado: _____

Número de Seguro Social: _____

Grupo del empleado: _____

Motivos de la renuncia

Renuncio a mi derecho a participar de la cobertura de Tufts Health Plan ofrecida en este momento por o mediante mi empleador por el siguiente motivo:

- Tengo cobertura a través del plan de salud de mi cónyuge.
- Tengo cobertura a través de otro plan de salud patrocinado por mi compañía.
- Tengo cobertura de Medicare.
- Tengo cobertura de COBRA.
- No deseo participar en este momento.
- Otro: (Debe brindar una explicación) _____

A quién afecta la renuncia (Marque todo lo que corresponda): Empleado Cónyuge Hijo/s

Firma

Si usted rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) porque tiene otro seguro de salud o cobertura grupal, tanto usted como sus dependientes pueden inscribirse en este plan si alguno pierde la elegibilidad de esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir por usted o sus dependientes en la otra cobertura). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de hacer las contribuciones en la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente a raíz de un acontecimiento, como casamiento, nacimiento, adopción, o asignación de adopción, usted y sus dependientes pueden inscribirse. No obstante, debe inscribirse en un plazo de 30 días después del casamiento, nacimiento, adopción o asignación de adopción. Para inscribirse u obtener más información, comuníquese con su empleador.

Nombre

Firma

Fecha