

Renuncio a Cobertura Médica

NOTE: LAS PALABRAS CAPITALIZADAS TIENEN LA MISMA DEFINICIÓN COMO LAS DEL CERTIFICADO DE COBERTURA.

Al yo firma debajo, reconozco que se me ha hecho disponible y se me ha explicado la cobertura médica ofrecida por FirstCarolinaCare Insurance Company, Inc. Se me ha dado la oportunidad de inscribirme yo y mis Dependientes en la cobertura disponible, pero yo he elegido renunciar tal cobertura.

Yo comprendo que si renuncio inscribirme ahora solamente podré inscribirme durante el próximo periodo de Inscripción anual, *amenos* que no sea elegible para una inscripción Especial. Si yo y mis Dependientes no somos elegibles para una Inscripción Especial* y nos inscribimos en algún tiempo después de este Periodo de Inscripción Abierta, seremos considerados Inscritos Tarde. Los Inscritos Tarde son sujeto a dieciocho (18) meses de Exclusión de Condiciones Preexistente.

Por Favor Elija La Razón Por Renunciar La Cobertura:

- 1. _____ Actualmente estoy cubierto(a) bajo otro plan médico de grupo u otra cobertura de salud, y tal cobertura es la razón por renuncia Inscripción con FCC.
- 2. _____ Actualmente estoy inscrito(a) en Continuación de Cobertura con COBRA.
- 3. _____ Otra: _____

* Si usted esta renunciando Inscripción para usted o sus Dependientes **porque tienen otra cobertura médica (razón # 1 o #2)**, usted puede inscribirse como un Inscrito Especial si usted pierde su otra cobertura, dado que pida Inscribirse dentro de treinta y un (31) días después de que su otra cobertura termine. También, si usted tiene un nuevo Dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción o Cuido Acogido, es posible que usted y sus Dependientes se puedan inscribir si pide inscribirse dentro de treinta y un (31) días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción o Cuido Acogido.

Important Note to Employer: If the Eligible Employee is declining Enrollment due to Enrollment in other health coverage, please obtain a copy of the Eligible Employee’s health plan Identification Card or other proof of coverage and attach to this form.

Nombre del Empleador: _____

Fecha Efectiva de la Cobertura: _____

Nombre del Empleado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____