Asuris Northwest Health
1800 Ninth Avenue
PO Box 91130
Seattle, Washington 98111

Formulario de renuncia

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del grupo

Número del grupo

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de contratación del empleado (dd/mm/aaaa)

Cantidad promedio de horas trabajadas a la semana

Renuncia de cobertura para: ☐ Empleado ☐ Empleado/dependientes ☐ Sólo dependientes

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA A LA QUE SE RENUNCIA

Me han ofrecido cobertura bajo el plan de mi grupo por medio de Asuris Northwest Health, pero renuncio a la cobertura debido a la(s) siguiente(s) razón(es).
Marque todas las que apliquen:

☐ No deseo inscribirme ni inscribir a mis dependientes en mi plan médico de grupo en este momento.

☐ Actualmente tengo cobertura médica con otra compañía:

Compañía aseguradora _____

Número de póliza _____

Tipo de póliza: ☐ Grupo ☐ Medicare ☐ TriCare ☐ Otra _____

☐ No deseo inscribirme ni inscribir a mis dependientes en mi plan dental de grupo en este momento.

☐ Actualmente tengo cobertura dental con otra compañía:

Compañía aseguradora _____

Número de póliza _____

Si usted está renunciando a la cobertura bajo este plan médico/dental para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) a causa de otro seguro médico o cobertura de un plan de atención médica de grupo, podrá inscribirse usted y sus dependientes bajo este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o un empleador deja de contribuir para esa otra cobertura), siempre que solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice su cobertura o la de sus dependientes (o que finalicen las contribuciones de su empleador). Además, si usted renuncia a la inscripción en este plan médico/dental en este momento y posteriormente adquiere un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse usted mismo(a) o a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo no mayor de 30 días después de su matrimonio del nacimiento, adopción o colocación para adopción. Comuníquese con su Administrador de grupo si requiere más información.

Comprendo que ninguno de mis dependientes ni yo podremos obtener cobertura bajo el plan de mi grupo por medio de Asuris Northwest Health hasta el siguiente período anual de inscripción, a menos que mis dependientes y yo califiquemos para un período especial de inscripción.

He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por Asuris Northwest Health para renunciar a la cobertura y certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que Asuris Northwest Health se basará en cada respuesta para realizar la cobertura y calificar las determinaciones. Para protección de todos los miembros, el fraude o la falsa declaración de hechos materiales por mí con el propósito de defraudar a Asuris Northwest Health puede ocasionar que Asuris Northwest Health tome cualquier medida permitida por la ley o el contrato, incluyendo la terminación o rescisión de la cobertura, la denegación de beneficios, la presentación de cargos criminales o multas.

Por este medio confirmo que he revisado toda la información proporcionada en esta solicitud (sin importar si la llené yo o si alguien más me ayudó a llenarla) y certifico que es exacta y completa. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente a Asuris Northwest Health por escrito en caso de que ocurra algún cambio antes de que mi cobertura entre en vigencia, que haga que cualquier respuesta en esta solicitud sea inexacta o incompleta.

▶ _____ (mm/dd/yyyy) _____

Firma del empleado — Fecha