

**RENUNCIA DE BENEFICIOS DE COBERTURA MÉDICA**  
*Hometown Health Providers Ins. Co. [PPO]      Hometown Health Plan [HMO]*  
**"VER INSTRUCCIONES AL REVERSO"**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR		
Nombre del Empleador:		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	C.P.:
Número de Teléfono:		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
Apellido:	Nombre:	Inicial:
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	C.P.:
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	/ /
Fecha de Contratación:	Título:	

RENUNCIA DE BENEFICIOS	
Tengo entendido que mi empleador me ha ofrecido un Programa de Seguro de Grupo. Yo he decidido <b>no</b> inscribirme ni a mis dependientes en uno o más de los siguientes:	
<input type="checkbox"/> Cobertura de Seguro Completo <input type="checkbox"/> Cobertura de Beneficios Médicos de Salud	

OTRA INFORMACIÓN DE COBERTURA	
¿Tiene usted otra cobertura de beneficios de salud?	<b>SÍ (complete lo que sigue)</b> <b>NO</b>
Nombre del titular en la póliza:	
Nombre del Empleador o del que proporciona cobertura médica:	
Nombre(s) de dependiente(s) que cubre la póliza:	
Nombre del Proveedor/Asegurador del plan:	
<b>Favor de presentar fotocopia de tarjeta de Identificación del Plan</b>	

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VALIDACIÓN	
Tengo entendido que si yo y/o mis dependiente(s) decidimos, en el futuro, que deseamos esta cobertura, yo debo esperar a que comience el período de "suscripción abierta" que ofrece el empleador o algún período de suscripción especial que proporcione un evento que califica. (por ej: divorcio, matrimonio, nacimiento de un hijo, muerte, pérdida del seguro médico, etc.)	
Firma del Empleado: _____	Fecha: _____
Firma del Empleador: _____	Fecha: _____

## INSTRUCCIONES

### **Información del Empleador:**

Anote los datos de la empresa en la parte apropiada de información para el empleador.

### **Información del Solicitante:**

Anote sus datos personales en la parte apropiada de información para el solicitante.

### **Renuncia de Beneficios:**

Si usted desea rechazar todos los beneficios que ofrece Hometown Health por parte del empleador, escriba una X en el cuadro que dice "Cobertura de Seguro Completo". Si usted desea rechazar solamente la Cobertura Médica que ofrece Hometown Health por parte del empleador, escriba una X en el cuadro que dice "Cobertura de Beneficios Médicos de Salud".

### **Otra Información de Cobertura:**

Por favor indique si usted tiene o no algún otro seguro médico. Por favor indique el nombre del Empleador y del Proveedor/Asegurador que actualmente le proporciona a usted y a sus dependientes la cobertura que rechaza (si aplica). Anexe una fotocopia de la tarjeta de identificación del Proveedor del Plan.

### **Validación:**

Lea cuidadosamente la declaración, luego firme y anote la fecha en el Formulario de Renuncia de Cobertura. Entregue el formulario al empleador.

### **Empleador:**

Por favor firme el formulario antes de enviarlo a Hometown Health.