

MagnaCare最低基本覆盖率 (MEC) 计划 豁免健康保险

我在此聲明我从我雇主提供的医疗保险计划以及 MEC 保健计划撤出。通过撤回，我承认我或我的配偶/伴侣已持有 2024 年全年的另一个医疗保险计划。

本人没有报名参加公司的健康计划，我特此作出聲明: 我的雇主，其雇员和管理人員，董事，代理，继任董事会將不會对我的医疗保险计划覆盖面負起任何責任。

我已阅读了上述豁免条款并已充分理解。

雇主名稱: _____

雇員姓名: _____

社安卡最後四位數字: _____

簽名: _____ 日期: _____

請附上您已存在的醫療保險的副本與此豁免表格，以便我們處理您的取消。

如果您有任何問題，請致電 FBA 855-374-6431。

請傳真此表格到 (833) 930-1023, 或電郵到 Waivers@fbnational.com ,

或郵寄到:

FBA National
100 Quentin Roosevelt Boulevard Suite 403
Garden City, NY 11530

