

## **MagnaCare Minimum Essential Coverage (MEC) Plan**

### **Отказ от медицинского страхования**

Настоящим подтверждаю, что я отказываюсь от плана MagnaCare MEC моего работодателя. Я понимаю, что, отказываясь участвовать, я подтверждаю, что у меня есть медицинская страховка либо через другой план самостоятельно, либо через моего супруга партнера на год 2025.

Учитывая мое решение не регистрировать меня с точки зрения медицинского страхования, я освобождаю своего работодателя, его сотрудников и должностных лиц, совет директоров, агентов, цессионария и любые обязательства, связанные с моим отказом от медицинского страхования.

**Я ПРОЧИТАЛ/ПРОЧИТАЛА ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ПОЛНОСТЬЮ ПОНИМАЮ ЭТИ УСЛОВИЯ.**

работодатель: \_\_\_\_\_

Имя (напечатано): \_\_\_\_\_

Последние четыре номера социального страхования: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

дата подписания: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, приложите копию вашего действующего медицинского страхования к этому отказу, чтобы мы могли обработать вашу отмену.

По любым вопросам или проблемам, пожалуйста, позвоните в нашу службу поддержки по телефону (855) 374-6431.

Вы можете отправить форму отмены по факсу (833) 930-1023, отправить по электронной почте [waivers@fbnational.com](mailto:waivers@fbnational.com) или отправить по почте

FBA National  
333 Earle Ovington Blvd, Suite 510  
Uniondale, NY 11553

