

MagnaCare Minimum Essential Coverage (MEC) Plan

RENUNCIA DE COBERTURA DE SALUD

Yo reconozco que me estoy retirando del plan MEC de mi empleado. Soy consciente de que, al retirarme, yo estoy reconociendo que tengo cobertura médica a través de mi mismo, o por medio de mi cónyuge/pareja para el año 2025.

En consideración de seguir mi dirección para no inscribirme en el plan de salud, yo libero mi empleado, sus empleados, y agentes, junta de directores, agentes, sucesores, y cesionarios de cualquier y toda responsabilidad relacionada con mi rechazo de cobertura de seguro de salud.

HE LEÍDO LA RENUNCIA Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS.

Empleador: _____

Nombre de Empleado (Impreso): _____

Los Ultimo Cuatro Numero's De Su Seguro Social: _____

Correo Electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Necesitamos una copia de su seguro médico actual para que podamos procesar su cancelación

Para cualquier pregunta, llame a nuestro número de servicio al cliente al (855) 374-6431.

Puede enviar el formulario de exención por fax al (833) 930-1023, o correo electrónico waivers@fbnational.com, o puede enviarlo por correo:

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

