

DIRECCIÓN POSTAL DE LA PERSONA QUE HACE LA ELECCIÓN

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA QUE HACE LA ELECCIÓN

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

NÚMERO DE TELÉFONO

Reconozco haber leído la esta solicitud por los dos lados y certifico estar de acuerdo con respecto a todos los puntos señalados en este documento.

FIRMA DE LA PERSONA QUE HACE LA ELECCIÓN

FECHA

COLORADO Y NEVADA

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar o tratar de estafar a la compañía. Los castigos pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles.

Por este medio se le notifica que como empleado cuya relación de empleo ha terminado, o como empleado que ha perdido la cobertura de grupo como consecuencia de una reducción en las horas de trabajo, usted tiene el derecho de optar por continuar la cobertura de grupo para usted y sus dependientes, de ser aplicable, durante un período máximo de 18 meses. Esta cobertura puede finalizar más rápido si usted obtuviera cobertura bajo otro plan de grupo que no contenga una limitación de condiciones preexistentes (**COBRA y Leyes Estatales**), o si el empleador cancela la cobertura para los empleados activos, o no se paga la prima cuando ésta venza, o usted tenga derecho a recibir beneficios de Medicare que incluya Incapacidad según Medicare (**COBRA y Leyes Estatales**), o beneficios de Medicaid (**Leyes Estatales**), o exista causa que ocasione la terminación de esta cobertura para un empleado activo en una situación similar. Los 18 meses se pueden extender a 29 meses para un miembro cuyo empleo ha terminado si se determina que el miembro, bajo las Leyes del Seguro Social, ha estado incapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días a partir de la terminación de la relación laboral del empleado o la reducción en sus horas de trabajo; sin embargo, la cobertura podría finalizar en la fecha en que se determine que el miembro, bajo las Leyes del Seguro Social, ya no está más incapacitado (**COBRA**).

Por este medio se le notifica que como cónyuge legalmente separado o divorciado, o como cónyuge o dependiente de un empleado difunto (**COBRA o Leyes Estatales**) o como cónyuge o dependiente de un empleado que ha elegido Medicare como su cobertura primaria, **COBRA** dejándolo sin cobertura, o un dependiente que ya no cumple con los requisitos para recibir cobertura bajo la cobertura del empleado, usted tiene el derecho de optar por continuar la cobertura de grupo por un período máximo de 36 meses (**COBRA**) o 18 meses (**Leyes Estatales**). Esta cobertura puede finalizar más rápido si usted obtuviera cobertura bajo otro plan de grupo que no contenga una limitación de condiciones preexistentes (**COBRA y Leyes Estatales**), o si el empleador cancela la cobertura para los dependientes activos, o no se paga la prima cuando ésta venza, o usted tenga derecho a recibir beneficios de Medicare que incluya Incapacidad según Medicare (**COBRA y Leyes Estatales**), o beneficios de Medicaid (**Leyes Estatales**), o exista causa que ocasionaría la terminación de esta cobertura para un dependiente activo en una situación similar.

Si se cancela la cobertura de grupo para dependientes de empleados activos, también se cancelará la cobertura según COBRA o las Leyes Estatales a partir de la misma fecha en que se cancela la cobertura de grupo. Toda prima pagada más allá de esta fecha será reembolsada al miembro.