

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE SEGURO DE SALUD PARA EMPLEADOS

para el año del plan comprendido entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026

Instrucciones para empleados:

Como empleado elegible para beneficios, debe inscribirse en el plan de seguro médico o renunciar a la cobertura. Complete este Formulario de Exención de Seguro Médico para Empleados y devuélvalo al administrador de beneficios de su empleador antes de que finalice su período de inscripción abierta (benefits@down2earthinc.com).

Reconocimiento de los empleados:

Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de acceder e inscribirme en una cobertura de seguro médico individual a través de mi empleador, con fecha de vigencia del 1 de enero de 2026.

No deseo inscribirme a mí mismo ni a ningún dependiente elegible en un plan de seguro de salud de propiedad individual en este momento. Entiendo que puedo inscribirme solo durante un período anual de inscripción abierta o si uno de mis dependientes elegibles o yo nos convertimos en elegibles para un Período de Inscripción Especial como resultado de un cambio calificado en el estatus.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Código: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____

Motivo de la declinación de la cobertura (marque uno):

- Obtener beneficios a través de otro empleador
- Obtener beneficios a través de Medicaid
- Inscrito en su propio Plan Individual
- Inscrito en el plan de los padres
- Inscrito en el plan del cónyuge
- Otro