

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 2026 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，其雇员和管理人员，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: _____

雇员姓名: _____

社安卡最後四位數字: _____

签名: _____ 日期: _____

请附上您已存在的医疗保险的副本与此豁免表格，以便我们处理您的取消。

如果您有任何问题，请致电 FBA 855-374-6431。

请传真此表格到 (833) 930-1023, 或電郵到 waivers@fbanational.com ,

或邮寄到：

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

