

MagnaCare Minimum Essential Coverage (MEC) Plan

Отказ от медицинского страхования

Настоящим подтверждаю, что я отказываюсь от плана MagnaCare МЕС 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 2026.

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@fbanational.com или отправить по почте

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

