First MEDICAL HEALTH PLAN INC.

Confirmación de Beneficios
Ley Cobra

( ) Continuación de Beneficios
( ) Relevo

Nombre de la Agencia:_____

Nombre: _____

Núm. De Contrato: _____

Dirección: _____

Fecha de Terminación del Empleo: _____

_____

Motivo de Terminación: _____

Fecha en que terminó la cubierta del empleado: _____
Fecha en que terminó la cubierta de los dependientes: _____

( ) **Aceptación**: Sí, quiero continuar en la cubierta grupal del plan médico First Medical Health Plan, Inc. Entiendo que devolver este formulario firmado dentro de los próximos 60 días a partir de la fecha de terminación de empleo.

Período máximo para continuación de cubierta	***Prima a Pagar***	***Fecha de Efectividad***
18 meses		

	Nombre	***Sexo***	***Seguro Social***	***Fecha de Nacimento***
Empleado				
Cónyuge				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				

Si usted falla en hacer el pago requerido al final del mes vencido, su cubierta cesará automáticamente efectivo el último día del mes para el que se recibió el pago. La cubierta también cesará si usted llega a ser elegible para "Medicare" o si está cubierto bajo otro plan de salud grupal o si la compañía deja de proveer la cubierta para todos sus empleados.

( ) **Relevo**: Habiendo recibido la debida notificación de los derechos que me brinda el Título X de la Ley Cobra para seguir cubierto como beneficiario bajo plan grupal que ofrece esta empresa, hago constar que voluntariamente tomo la decisión de no acogerme a tales beneficios.

_____
Nombre del Empleado

_____
Personal Autorizado

_____
Firma

_____
Fecha

Ley Cobra

Nota: En caso de que el empleado acepte los términos y condiciones que dispone la Ley Cobra (Ley Pública 99-272 Título X) para continuación de cubierta, esta solicitud debe estar acompañada de una autorización del patrono.

Rev. 11/2005