WAIVER OF COVERAGE

Llene este formulario SOLAMENTE si usted NO QUIERE COBERTURA para si mismo y/o para sus dependiented elegibles. El llenar este formulario certifica que se le a dado la oportunidad de inscribirse a si mismo y a sus dependientes, si tiene, en la cobertura por la cual es elegible bajo el plan de Western Growers Assurance Trust que es proveido a través de su empleador. Los beneficios del plan le han sido claramente explicados y su decision es renunciar a la cobertura.

INFORMACION PERSONAL

Nombre de Compania	# de Grupo	Telefono

Apellido del Empleado

Seguro Social / # de Identificacion

Nombre del Empleado

Se me ofrecido cobertura por parte de mi empleador, pero en este momento deseo RECHAZAR la cobertura como sigue:

1) **Cobertura para:** ☐ Mi mismo y dependientes
Nombre: (Primero, Apellido)

2) **Cobertura para:** ☐ Conyuge o Compañero Domestico
Nombre: (Primero, Apellido)

3) **Cobertura para:** ☐ Hijo(s)
Nombre: (Primero, Apellido)

4) **Razon para renunciar a la cobertura:**
☐ Otra cobertura Nombre de Portador: _____ # de Grupo _____
☐ Medicare ☐ Medi-cal ☐ Póliza Individual ☐ Otra Razón: _____ (se requiere explicación)

Yo, el suscrito, comprendo que al rechazar la cobertura hoy ofrecida, excepto si yo ó mi dependiente se inscribe debido a matrimonio, nacimiento ó adopción, se puede requerir que se entregue constancia de estar en buena salud. Si se rechaza mi solicitud, se me puede excluir de la cobertura por un período de doce (12) meses, despues de este período podré solicitar de nuevo la cobertura. Una vez inscrito/a, comprendo que mi cobertura quedara sujeta a ser excluida por un periodo de seis (6) meses debido a condiciones pre-existentes.

Firma del Empleado Fecha

Firma del Conyuge Fecha

WGA Insurance Services, Ltd. - CA License 0E77959 WGA Insurance Services Ltd. Of Arizona- AZ License 592166