

(Persona de contacto para beneficios del empleado: nombre, teléfono, domicilio, ciudad, estado y código postal)
(Employee Benefits Contact Person): (Name/Phone #/Street Address/City/State/Zip)

Marque una opción:

Check one:

- Esta póliza tiene seguro COBRA. Esto significa que el cónyuge dependiente puede conservar el seguro después del divorcio. SIN EMBARGO, él o ella debe solicitarlo antes de la fecha límite y pagar las primas y todos los cargos administrativos. Para obtener más información, hable con la persona de contacto para beneficios del empleado que se indica arriba.

This policy has COBRA. That means the dependent spouse can keep the insurance after the divorce. BUT s/he must apply by the deadline and pay the premiums and any administrative charges. To learn more, speak to the employee benefits person listed above.

- Esta es una póliza de seguro de grupo. Según TCA § 56-7-2312(d)(1), es posible que el cónyuge dependiente continúe la cobertura. Para obtener más información, hable con la persona de contacto para beneficios del empleado que se indica arriba. El cónyuge dependiente puede también obtener seguro de otra fuente.

This is a group insurance policy. The dependent spouse may be able to continue coverage under TCA § 56-7-2312(d)(1). To learn more, speak to the employee benefits person listed above. The dependent spouse may also get insurance from another source.

- Esta póliza no ofrece seguro COBRA. Esto significa que la cobertura del cónyuge dependiente terminará después del divorcio. El cónyuge dependiente debe obtener cobertura de otro seguro médico.

This policy does not offer COBRA. That means the dependent spouse's coverage will end after the divorce. The dependent spouse must get other health insurance to be covered.

- Mi cónyuge no está cubierto por mi póliza.

My spouse is not covered by my policy.

Certificado de entrega:

Certificate of Service

Por el presente documento certifico que envié por correo una copia fiel y exacta de este **Aviso de seguro médico** a mi cónyuge asegurado el (fecha) _____ (MM/DD/AAAA), y que la envié por correo certificado al domicilio antes indicado.

I hereby certify that a true and exact copy of this **Health Insurance Notice** was mailed to my insured spouse on (Date). I sent it to the address listed above by certified mail

Firme aquí:
Sign Here



Fecha (MM/DD/AAAA) _____
Date