



**ELECCIÓN PARA TERMINAR/DEMORAR LA COBERTURA MÉDICA PARA JUBILADOS  
(PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN)**

- Complete este formulario solo si desea cancelar la cobertura médica para usted y/o para su(s) dependiente(s)
- Si usted cancela su propia cobertura se cancelará la cobertura de su(s) dependiente(s)
- Ya que se cancele la cobertura de su(s) hijo(s) dependiente(s) no sera(n) elegible para reinscribirse en el plan medico

A partir de \_\_\_\_\_, eligo cancelar la cobertura médica para jubilados:

Mia y de mi(s) dependiente(s), si lo(s) tengo.

Solamente de mi(s) dependiente(s).

Escriba a continuación el nombre del(los) dependiente(s) cuya cobertura se debe cancelar.

Nombre del 1<sup>er</sup> dependiente: \_\_\_\_\_

Nombre del 2<sup>o</sup> dependiente: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE LEER: Entiendo que no se permitirá que yo (y/o mi(s) dependiente(s)) me reinscriba en el Plan Médico para Jubilados de Carpenters en ninguna fecha futura después de que cancele esta cobertura, a menos que**

- esté cancelando esta cobertura debido a que tengo cobertura bajo otro plan medico.
- no soy elegible para Medicare y he proporcionado un comprobante de inscripción en Medicare dentro de 60 días.
- he adquirido un nuevo dependiente mediante matrimonio, nacimiento, adopción o tutela legal y lo(s) inscribiré y proveeré la documentación requerida dentro 60 días de la fecha en que adquieré el/los nuevo(s) dependiente(s).

**Por favor indique la razón por la cual está cancelando/demorando la cobertura médica para jubilados:**

- Yo (o mi(s) dependiente(s)) tengo cobertura bajo otro plan médico. Entiendo que tendré 31 días para reinscribirme en el Plan Médico para Jubilados de Carpenters después de que termine la otra cobertura.

Nombre del empleador

Nombre del empleado

Nombre de la compañía aseguradora o del plan medico

Número del plan

- Yo (o mi(s) dependiente(s)) tengo cobertura de Medicaid, un Programa estatal de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), o de otro programa público que no sea Medicare. Entiendo que tendré 60 días para reinscribirme en el Plan Médico para Jubilados de Carpenters.

Nombre del jubilado (en letra de molde)

Nº UBC, de ID o de Seguro Social

Firma del jubilado

Fecha