



**ELECTIVE DISENROLLMENT FORM
 WAIVER OF COVERAGE
 MEDICAL – DENTAL – VISION – LIFE INSURANCE – PRESCRIPTION**

The purpose of this form is to electively disenroll your eligible dependent(s) from the CHFtoo Plan effective the first day of the month immediately following the date this form is completed, submitted and approved by CHFtoo or its designee.

Section A: PARTICIPANT INFORMATION					
Last Name	First Name	Middle Int.	Birth Date	Social Security No.	Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Address		City	State	Zip	
Home Phone Number	E-mail Address:			Language <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> English	Preference: <input type="checkbox"/> Other: _____

Section B: LIST BELOW THE DEPENDENT YOU ARE ELECTING TO DISENROLL					
Last Name	First Name	Date of Birth	Sex	Other Health Care Coverage Name & Policy Number	Relationship to Participant

Section C: PLEASE PROVIDE REASON FOR DISENROLLMENT REQUEST:

Section D: HIPAA SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

If you electively disenroll your dependent from the Plan, and wish to re-enroll them at a later date, you will have to wait 30 days from the date that you disenrolled them. Your dependent will be eligible the 1st of the following month of the re-enrollment. Your dependent may also be re-enrolled in the CHFtoo Plan when they experience a qualifying event (such as loss of other health coverage due to termination of employment, change in employment status, etc.) whichever is first.

If a qualifying event occurs, that dependent will be required to provide CHFtoo with a copy of the "HIPAA Certificate Of Creditable Coverage" within 30 days from the loss of other health coverage before your dependent is allowed to enroll back into the Plan. Please read the attached HIPAA Special Enrollment Rights and keep a copy for your records.

Section E: PLEASE READ CAREFULLY AND SIGN BELOW

- I understand that by electively disenrolling my dependent from the Plan, they will not be eligible to receive benefits from CHFtoo effective the first day of the month immediately following the date this form is submitted and approved by the CHFtoo or its designee. This means your dependent will no longer be covered under the plans listed below. You must write your initials by each plan to acknowledge you understand.
- Medical _____ (initials), Prescription Drug _____ (initials), Dental _____ (initials), Life Insurance _____ (initials)
- I certify that I am not subject to any court order or decree (QMCSO, etc.) which restrict my right to decline health coverage for my dependent(s).
- I confirm that I have read and understand the attached HIPAA Special Enrollment Rights.
- I certify that the information I have provided herein on the Elective Disenrollment form is true and correct.

_____ Employee Signature	_____ Date
_____ Dependent Signature	_____ Date
State of Nevada, County of Clark This instrument was acknowledge before me on: _____ day of _____ 20____	
_____ Notary Signature	



FORMULARIO DE RETIRO ELECTIVO DE LA INSCRIPCIÓN RENUNCIA DE COBERTURA MÉDICA – DENTAL – VISIÓN – SEGURO DE VIDA – MEDICAMENTOS RECETADOS

El propósito de este formulario es el retiro electivo de su(s) dependiente(s) elegible(s) del Plan de CHFtoo efectivo el primer día del mes inmediatamente siguiente a la fecha en la cual se complete este formulario, presentado y aprobado por CHFtoo o su designado.

Sección A: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono de Casa		Correo electrónico		Preferencia de idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Sección B: INDIQUE ABAJO EL DEPENDIENTE CUYA INSCRIPCIÓN DESEA RETIRAR					
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Otra Cobertura de Cuidados de Salud Nombre y Número de Póliza	Parentesco con el Participante

Sección C: FAVOR DE EXPLICAR LA RAZÓN DE LA SOLICITUD:

Sección D: DERECHOS DE HIPAA DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL
<p>Si usted retira por decisión propia a su(s) dependiente(s) del Plan, y desea re-inscribirlo(s) más adelante, deberá esperar 30 días desde la fecha que retiró a su(s) dependiente(s). Su(s) dependiente(s) será(n) elegible(s) el día 1ero del mes siguiente a su re-inscripción. Su(s) dependiente(s) también puede(n) re-inscribirse en el Plan de CHFtoo cuando ocurra un evento calificador (tal como la pérdida de la otra cobertura de salud debido a terminación de empleo, cambio de estatus de empleo, etc.) lo que sea primero.</p> <p>Si ocurre un evento calificador, el dependiente deberá darle a CHFtoo una copia del "Certificado de Cobertura Acreditada de HIPAA" dentro de 30 días de la pérdida de la otra cobertura para que su dependiente pueda volver a anotarse en el Plan. Por favor lea los Derechos Especiales de Inscripción de HIPAA adjuntos y guarde una copia para sus archivos.</p>

Sección E: POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME ABAJO				
<ul style="list-style-type: none"> Comprendo que al elegir retirar a mi dependiente del Plan, él/ella no será elegible para recibir los beneficios de CHFtoo a partir del primer día del mes inmediatamente siguiente a la fecha de presentación de este formulario y aprobación por CHFtoo o su designado. Esto significa que su dependiente ya no estará cubierto bajo los planes que se escriben a continuación. Usted debe escribir sus iniciales al lado de cada plan para confirmar que entiende. Médico _____ (iniciales), Medicamentos Recetados _____ (iniciales), Dental _____ (iniciales), Seguro de Vida _____ (iniciales) Certifico que no estoy obligado a ninguna orden o decreto de una corte (QMCSO, etc.) que limita mi derecho de rechazar la cobertura de salud para mí(s) dependiente(s). Confirmando que he leído y comprendo los Derechos Especiales de Inscripción de HIPAA adjuntos. Certifico que la información que compartí en este Formulario Electivo de Terminación es verdadera y correcta. 				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Firma del Empleado _____</td> <td style="width: 50%;">Fecha _____</td> </tr> <tr> <td>Firma del Dependiente _____</td> <td>Fecha _____</td> </tr> </table> <p>Estado de Nevada, Condado de Clark Este instrumento fue presentado ante mí el: _____ día de _____ 20_____</p> <p style="text-align: right;">_____ Firma del Notario</p>	Firma del Empleado _____	Fecha _____	Firma del Dependiente _____	Fecha _____
Firma del Empleado _____	Fecha _____			
Firma del Dependiente _____	Fecha _____			