



Si rechaza la inscripción para sí mismo o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro plan de salud de grupo, en el futuro podrá inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 90 días de haber finalizado su otra cobertura. Además, si se crea una nueva relación de dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, tendrá la posibilidad de inscribirse e inscribir a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 90 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción./If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of other Group Health Plan coverage, you may in the future be able to enroll yourself or your dependents in this plan, provided that you request enrollment within 90 days after your other coverage ends. In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents, provided that you request enrollment within 90 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Entiendo que, si en un futuro deseo inscribirme en alguna de las coberturas rechazadas, deberé presentar una Solicitud de Inscripción./I understand that if I later wish to enroll for any of the coverage(s) refused, I will be required to submit an Enrollment Form.

---

Firma del empleado/Signature of Employee

Fecha/Date

---

Firma del testigo/Signature of Witness

Fecha/Date