

Waiver of Group Health Coverage

Employee Name:

(Last Name)

(First Name)

(MI)

Employee Number:

(Social Security #)

TYPE OF WAIVER: MEDICAL, DENTAL, and VISION

I understand that I have been offered the opportunity to enroll in medical, dental, and vision coverage for myself and my dependents through A&A Ready Mix. My employer offers medical, dental, and vision coverage that meets both minimum value and is deemed affordable under the Affordable Care Act. I therefore understand that should I apply, I would not be eligible for a subsidy through the public Health Insurance Marketplace (www.healthcare.gov).

I decline enrollment at this time because:

☐ I have other medical, dental, and/or vision coverage provided by: Name of carrier: _____

This other coverage is:

- ☐ Other Employer Sponsored Group Plan
- ☐ COBRA
- ☐ Medicare
- ☐ Medicaid
- ☐ TRICARE (formerly CHAMPUS)
- ☐ Individual

☐ I do not wish to enroll myself in any type of medical, dental, and/or vision coverage at this time.

☐ I do not wish to enroll ☐ my spouse ☐ child(ren) in any type of medical, dental, and/or vision coverage at this time.

SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

I understand that if I am declining enrollment for myself and my dependents because of other health care coverage, that I may enroll either myself or my dependent in this plan prior to the next open enrollment period if I have one of the following qualifying life events:

- I have involuntarily lost the other coverage and I notify A&A Ready Mix **within 30 days** that the other coverage has ended.
- If I have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption or placement for adoption, I may be able to enroll those dependents as long as I notify A&A Ready Mix **within 30 days** after the event has occurred.
- If either I or my dependents lose eligibility for coverage under a State Medicaid or CHIP program or become eligible for State premium assistance and I notify A&A Ready Mix **within 60 days** of the change event.

I understand that in order to request special enrollment or obtain more information, I should contact the Benefits Service Center at 1-844-291-6905 or via email at mybenefits@sullicurt.com within the timeframe indicated above.

Signature of Employee

Date

Renuncia a la Cobertura de Salud de Grupo

Nombre de Empleado: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (MI)

Numero de Social Seguridad: _____

TIPO DE RENUNCIA: **PLAN DE SALUD, DENTAL Y VISIÓN**

Entiendo que se me ha ofrecido la oportunidad de inscripción en la cobertura médica, dental y visión para mí y para mis dependientes a través de A&A Ready Mix. Mi empleador ofrece cobertura médica, dental y visión que cumple tanto el valor mínimo y se considera económico bajo la Ley de Cuidado de Salud A bajo precio. Por lo tanto, entiendo que debo aplicar, yo no sería elegible para un subsidio a través de la opción Del Seguro Publico del mercado de la Salud (www.healthcare.gov).

Declino la inscripción en este momento debido a que:

☐ He otra cobertura médica proporcionada por: Nombre de la compañía de seguro de salud, dental y visión : _____

El otra cobertura es:

- ☐ Otro Empleador Plan de Grupo Patrocinado través _____
- ☐ COBRA
- ☐ Medicare
- ☐ Medicaid
- ☐ TRICARE (formerly CHAMPUS)
- ☐ Individual

☐ No deseo inscribirme a mí mismo en cualquier tipo de cobertura médica, dental y visión en este momento.

☐ No quiero inscribirme ☐ mi cónyuge ☐ mis hijos en cualquier tipo de cobertura médica, dental y visión en este momento.

Derechos de inscripción especial

Entiendo que si estoy rechazando la inscripción para mí y para mis dependientes (incluyendo mi cónyuge o pareja de hecho), por otra cobertura médica de salud, para que pueda inscribirme ya sea yo o mis dependientes en este plan antes del próximo período de inscripción abierta si yo o mis dependientes están inscritos en otra cobertura (bajo ciertas circunstancias).

- Debo haber perdido involuntariamente la otra cobertura y debo notificar A&A Ready Mix plazo de 30 días que la otra cobertura ha finalizado.
- Si tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puedo ser capaz de inscribir a los dependientes, siempre y cuando yo notifique A&A Ready Mix dentro de los 30 días de haberse producido el evento.
- Si yo o mis dependientes pierden elegibilidad para la cobertura bajo un programa estatal de Medicaid o CHIP o ser elegible para asistencia con la prima de Estado, debo notificar A&A Ready Mix dentro de los 60 días del evento de cambio.

Entiendo que con el fin de solicitar la inscripción especial u obtener más información, que debería ponerse en contacto con el Benefits Service Center at 1-844-291-6905 o por correo electrónico a at_mybenefits@sullicurt.com dentro del plazo indicado anteriormente.

Firma de empleado _____ Fecha _____