FORMULARIO DE RENUNCIA A LOS BENEFICIOS DEL 2027

Médicos, odontológicos y oftalmológicos

MARQUE UNA OPCIÓN: ☐ **RENUNCIA A TODAS LAS COBERTURAS DEL PLAN DE SEGURO (MÉDICA, ODONTOLÓGICA, OFTALMOLÓGICA)**

Motivo de la renuncia: _____

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (EN LETRA DE MOLDE)

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre):		Número de seguro social:		Fecha de contratación (MM/DD/AAAA): / /
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Sexo: ☐ M ☐ F	Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): / /

Lugar:
☐ L111 - Cold Storage Newfield ☐ Q111 - Freight Consolidation ☐ L312 - Cold Storage Vineland ☐ Q113 - Freight Brokerage (Mt. Laurel) ☐ L411 - Cold Storage Delanco ☐ S111 - Shared Services ☐ P111 - Fulfillment Newfield ☐ L250 - Cold Storage Lebanon PA ☐ P113 - Fulfillment Salt Lake City ☐ P120 - Dry Ice Fulfillment

B. RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

Solicito cobertura, como se indica, para la cual soy o puedo ser elegible a través de mi empleo en RLS Logistics. He leído las afirmaciones anteriores y declaro que son ciertas a mi leal saber y entender. Si corresponde, los niños por quienes reclamaré gastos de dependientes o de cuidado infantil residen conmigo en una relación de padre-hijo o dependen legalmente de mí para su manutención. Autorizo a mi empleador a deducir de mi paga las primas necesarias (si corresponde) que se retendrán mediante deducción de nómina y, cuando esté permitido, antes de impuestos, en cuotas iguales durante todo el año del plan.

IMPORTANTE: ¡RECUERDE!

Una vez que haga sus elecciones, no podrá cambiarlas hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que experimente un cambio en su situación que sea elegible.

Las elecciones de este formulario son efectivas para el año del plan del 1.° de enero del 2027 al 31 de diciembre del 2027.

RENUNCIA AL SEGURO

Yo _____, por medio de la presente certifico que me han sido explicados y ofrecidos los planes de seguro que ofrece RLS Logistics. Sin embargo, por mi propia cuenta y sin coerción, he decidido renunciar a mi inscripción y rechazar a la cobertura del seguro para mí mismo o para mis dependientes elegibles. Además, entiendo que si quiero inscribirme a mí o a mis dependientes elegibles para cobertura médica, odontológica y/u oftalmológica en el futuro, yo y/o mis dependientes elegibles tendremos que presentar prueba de pérdida de cobertura a través de otra aseguradora.
Si no se presenta la documentación, las solicitudes de inscripción solo se aceptarán durante la inscripción abierta anual.

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre en letra de molde

Firma Fecha

VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador. Se requiere la firma del empleador)

Firma	Fecha
Fecha de vigencia	