

**MagnaCare Minimum Essential Coverage (MEC) Plan  
WAIVER OF HEALTH COVERAGE**

I hereby acknowledge that I am withdrawing from my employer's MagnaCare MEC plan. I am aware that by withdrawing, I am acknowledging that I have medical coverage through either another plan on my own or through a spouse/partner for the year of 2020.

In consideration of following my decision to not enroll me in the health plan, I hereby release my employer, its employees, and officers, board of directors, agents, successor and assigns from any and all liability associated with my declination of health insurance coverage.

I HAVE READ THE FOREGOING WAIVER AND FULLY UNDERSTAND ITS TERMS.

Name of Employer: TRI-MED

Employee Name (Printed): \_\_\_\_\_

Last Four of SSN: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please attach a copy of your existing medical insurance with this waiver in order for us to process your cancellation.

For any questions or concerns, please call our customer service number at (855) 374-6431.

You can fax the waiver form to (833) 930-1022, email to [waivers@fbanational.com](mailto:waivers@fbanational.com), or you can send it by mail to:

FBA National  
100 Quentin Roosevelt Boulevard Suite 403  
Garden City, NY 11530



## MagnaCare Minimum Essential Coverage (MEC) Plan

### RENUNCIA DE COBERTURA DE SALUD

Yo reconozco que me estoy retirando del plan MEC de mi empleado. Soy consciente de que, al retirarme, yo estoy reconociendo que tengo cobertura médica a través de yo mismo, o a medio de mi cónyuge/socio para el año 2020.

En consideración de seguir mi dirección para no inscribirme en el plan de salud, yo libero mi empleado, sus empleados, y agentes, junta de directores, agentes, sucesores, y cesionarios de cualquier y toda responsabilidad relacionada con mi rechazo de cobertura de seguro de salud.

HE LEÍDO LA RENUNCIA Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS.

Empleador: TRI-MED

Nombre de Empleado (Impreso): \_\_\_\_\_

Los Ultimo Cuatro Numeros De Su Seguro Social: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Necesitamos una copia de su seguro médico actual para que podamos procesar su cancelación

Para cualquier pregunta, llame a nuestro número de servicio al cliente al (855) 374-6431.

Puede enviar el formulario de exención por fax al (833) 930-1023, o correo electrónico

Waivers@fbaofsyosset.com, o puede enviarlo por correo:

FBA National  
100 Quentin Roosevelt Boulevard Suite 403  
Garden City, NY 11530

