Por favor complete el formulario solamente en inglés.

Notice Regarding Insurance Coverage of Spouses and Former Spouses
(Notificación con respecto a la cobertura de seguros de cónyuges y ex cónyuges)

TO:
(A) _____
Insured Spouse
(Cónyuge asegurado)

_____

_____
Last known address
(Última dirección conocida)

Notice is hereby provided to you, pursuant to T.C.A. § 56-7-2366, with regard to your medical (accident and sickness) insurance, the following information:
(Por la presente, se le notifica conforme al Código Anotado de Leyes de Tennessee (T.C.A., siglas en inglés) § 56-7-2366, con respecto a su seguro médico (de accidentes y enfermedad), la siguiente información)

1. You are currently insured under the following policy, of which your spouse/participant is the insured or policy holder, which provided medical and/or hospital insurance for your benefit:
(Usted actualmente está asegurado bajo la siguiente póliza, la cual proporcionó seguro médico u hospitalario en beneficio suyo. Su cónyuge o participante es el asegurado o tenedor de dicha póliza.

Insurance company: _____
(Compañía de seguros)
Policy number:_____
(Número de póliza)

2. You are receiving this notice because your insurance coverage through your spouse's insurance provider will terminate as a result of a divorce, legal separation, or other separation.
(Usted ha recibido esta notificación porque la cobertura de seguro de usted a través del proveedor de seguro de su cónyuge va a terminar como resultado de divorcio, separación legal u otra separación.)

3. Your spouse is hereby information you that the insurance coverage will terminate 30 days from the divorce, legal separation or other separation. Unless you pursue alternative coverage options, you will be without health insurance coverage.

(Por este medio, su cónyuge le está informando que su cobertura de seguro terminará 30 días después del divorcio, separación legal u otro tipo de separación. A menos que consiga otra alternativa de cobertura, usted no contará con cobertura de seguro médico.

Check if applicable:
(Marcar la casilla de ser pertinente)

[ ] This policy has a COBRA continuation provision. This permits you to continue coverage under the existing policy if certain steps are timely taken, which may include the completion of a cobra benefits application and the payment, in advance, of premiums. The contact person for COBRA information is as follows:
(Esta póliza tiene una disposición para la continuidad de la cobertura llamada COBRA. Esto le permite continuar la cobertura bajo la póliza actual si se toman puntualmente ciertas medidas, que pueden incluir el completar una solicitud para recibir beneficios COBRA y el pago por adelantado de primas. La persona de contacto para obtener información sobre COBRA es)

Person:_____
(Persona)

Phone Number:_____
(Número de teléfono)

Address:_____
(Dirección) _____

[ ] COBRA coverage is not available under this policy. Therefore, to have health insurance, you must obtain your own insurance from another source.
(La cobertura COBRA no está disponible bajo esta póliza. Por lo tanto, para tener seguro médico, usted debe obtener su propio seguro de otra fuente.)

[ ] The insurance coverage you currently have is a group insurance policy and you may be entitled to continuation coverage pursuant to T.C.A. § 56-7-2312(d)(1). The person to contact for insurance continuation information is:
(La cobertura de seguro que tiene actualmente es una póliza de seguro de grupo y usted puede tener derecho a continuar la cobertura conforme al T.C.A. § 56-7-2312 (d)(1). La persona de contacto para obtener información sobre la continuación del seguro es)

Person:_____
(Persona)
Phone Number:_____
(Número de teléfono)

Address:_____
(Dirección) _____

Alternatively, know that you may obtain insurance from another source of your choice.
(Alternativamente, sepa que usted puede obtener seguro de la fuente que usted elija.)

Dated this day of _____, 200_.
(Fechado este día de)

_____
Insured spouse/participant or policy holder
(Cónyuge o participante asegurado, o tenedor de la póliza)

_____

_____
Address
(Dirección)

_____
Attorney for insured spouse/participant or policy holder (if applicable)
(Abogado del cónyuge o participante asegurado o tenedor de la póliza (si es pertinente))

CERTIFICATE OF SERVICE
(CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN)

I hereby certify that a true and exact copy of the foregoing document was properly mailed to or served upon the dependent insured spouse, through his/her attorney of record, _____ , by hand delivery or first class mail with sufficient postage, AND was properly mailed to the dependent insured spouse by certified mail.
(Por la presente certifico que una copia fiel y exacta del documento precedente fue debidamente enviada o entregada al cónyuge asegurado dependiente, a través de su abogado que consta en actas, _____, en mano o por correo de primera clase con franqueo suficiente,Y fue debidamente enviada al cónyuge asegurado dependiente por correo certificado.)

THIS _____ day of _____ , 200_.
(ESTE____ día de)

BY:
(FIRMADO) _____

Por favor complete el formulario solamente en inglés.

Attorney for Insured spouse or policy holder OR
Insured/Policy Holder
(Abogado del cónyuge asegurado O tenedor de la póliza,
o asegurado/tenedor de la póliza)