Mẫu này phải được điền bằng tiếng Anh.

Notice Regarding Insurance Coverage of Spouses and Former Spouses
Thông Báo về việc Bảo Hiểm cho Người Hôn Phối và Cựu Hôn Phối

TO: GỬI TỚI: _____
Insured Spouse / Người hôn phối được bảo hiểm

_____

_____
Last known address / Địa chỉ mới nhất được biết

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:
Căn cứ theo T.C.A. § 56-7-2366, thư này được gửi tới quý vị để thông báo về việc bảo hiểm y tế (tai nạn và bệnh tật) cho quý vị:

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:
1. Hiện thời, quý vị đang được bảo hiểm theo hợp đồng sau đây. Trong hợp đồng này, người hôn phối của quý vị / người tham gia, là người nắm hợp đồng, đang bảo hiểm y tế và / hoặc đang bảo hiểm phí tổn bệnh viện cho quý vị:

Insurance company: _____
Công ty bảo hiểm:

Policy number: _____
Số hợp đồng:

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.
2. Sở dĩ quý vị nhận được thông báo này là vì công ty bảo hiểm cho người hôn phối của quý vị sẽ chấm dứt việc bảo hiểm cho quý vị, do kết quả của một cuộc ly hôn hoặc một cuộc ly thân qua luật pháp, hoặc một cuộc ly thân khác.

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.
Qua thư này, người hôn phối của quý vị thông báo cho quý vị biết việc bảo hiểm cho quý vị sẽ được chấm dứt, ba mươi (30) ngày sau ngày ly dị hoặc ly hôn. Quý vị sẽ không còn được bảo hiểm sức khỏe nữa, trừ khi quý vị có một hợp đồng bảo hiểm khác.

Check if applicable / Đánh dấu nếu thấy thích hợp:

[ ] 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:
[ ] Hợp đồng này có một điều khoản về chương trình bảo hiểm COBRA. Theo điều khoản việc quý vị có thể được tiếp tục bảo hiểm theo hợp đồng hiện thời nếu quý vị kịp thời thực hiện một số việc nhất định, trong đó có thể có việc điền đơn COBRA và việc trả trước bảo phí. Sau đây là người mà quý vị cần tiếp xúc để biết rõ về COBRA:

Person / Họ tên: _____

Phone Number / Số Điện thoại:_____

Address / Địa chỉ: _____

_____

[ ] COBRA coverage is not available under this policy. Therefore, to have health insurance, you must obtain your own insurance from another source.
[ ] Hợp đồng không có chương trình bảo hiểm COBRA. Vì vậy, muốn được bảo hiểm sức khỏe quý vị phải tự lo lấy việc bảo hiểm từ một nguồn khác.

[ ] 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:
[ ] Hợp đồng bảo hiểm hiện thời của quý vị là một hợp đồng bảo hiểm nhóm, và căn cứ theo T.C.A. § 56-7-2312(d)(1), quý vị có quyền được tiếp tục bảo hiểm. Sau đây là người mà quý vị cần tiếp xúc để biết rõ về việc tiếp tục bảo hiểm:

Person / Họ tên: _____

Phone Number / Số Điện thoại: _____

Address / Địa chỉ: _____

_____

Alternatively, know that you may obtain insurance from another source of your choice.

Ngoài ra, quý vị cũng nên biết là quý vị có thể chọn cách mua bảo hiểm từ một nguồn khác.

Dated this day of _____ , 200_.
Hôm nay là ngày _____tháng_____năm, 200_.

_____
Insured spouse/participant or policy holder
Người hôn phối được bảo hiểm/người tham gia hoặc người nắm hợp đồng

_____

_____
Address / Địa chỉ

_____
Attorney for insured spouse/participant or policy holder (if applicable)
Luật sư của người hôn phối được bảo hiểm/người tham gia hoặc người nắm hợp đồng (nếu thích hợp)

CERTIFICATE OF SERVICE/XÁC NHẬN ĐÃ TỐNG ĐẠT

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.
Nơi đây, tôi xác nhận rằng một bản tài liệu chân thực và chính xác, nói ở trên, đã được chuyển tới người hôn phối được bảo hiểm, thông qua luật sư của người ấy, là _____, bằng cách trao tận tay hoặc gửi qua bưu điện bằng thư tín hạng nhất với đầy đủ bưu phí, VÀ đã được gởi tới người hôn phối được bảo hiểm qua bưu điện bằng thư tín hạng bảo đảm.

THIS _____ day of _____ , 200_.
HÔM NAY là ngày tháng năm 200_.

BY / NGƯỜI KÝ: _____
Attorney for Insured/Participant/Policy Holder OR Insured/ policy holder
Luật sư của người được bảo hiểm/Người tham gia/ Người Nắm Hợp Đồng HOẶC Người được bảo hiểm/ người nắm hợp đồng