

6500 Arapahoe, PO Box 9011
Boulder, Colorado 80301
720-561-5022
www.bvsd.org

DISTRITO ESCOLAR DE BOULDER VALLEY FORMA PARA DECLINAR COBERTURA DE SEGURO MÉDICO / DENTAL

Yo he elegido declinar cobertura de seguro médico / dental (circule uno o ambos). Esta forma certifica declinación hasta próximo aviso. Si deseo obtener el plan de seguro médico / dental, debo inscribirme durante el próximo período de inscripción de beneficios. A menos que ocurra un evento para calificar, yo entiendo que no podré inscribir a mi familia hasta el próximo período de inscripción.

Esto certifica que tengo cobertura de seguro médico por medio de:

(Nombre de la Compañía de Seguro)

Entiendo que no tendré cobertura de seguro médico por medio del plan del Distrito Escolar de Boulder Valley RE-2

Fecha Efectivo: _____

Nombre: _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

Número de Seguro Social: _____