

Elección del empleado para rechazar la cobertura y elección para renunciar al rechazo de cobertura para personas excluidas
De acuerdo con el capítulo 616B.656 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS)

Nombre del empleado: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

AVISO DE ELECCIÓN PARA RECHAZAR COBERTURA

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

AVISO DE ELECCIÓN PARA RENUNCIAR AL RECHAZO DE

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Consulte el formulario de elección de cobertura por parte del empleador.

SOLO PARA USO DE LA SECCIÓN DE COMPENSACIÓN PARA

Método de envío

Correo de primera clase [] Transmisión electrónica/Fax [] Entrega personal []

Fecha de recepción del aviso: _____