Estado de Tennessee State of Tennessee	**Tribunal** _____ Court (Debe completarse) (Must Be Completed)	**Condado** _____ County (Debe completarse) (Must Be Completed)
Aviso de seguro médico **Health Insurance Notice**		**No. de expediente** _____ File No. (Debe completarse) (Must Be Completed) **División** _____ Division (Sólo condados grandes) (Large Counties Only)

Demandante _____
Plaintiff (Nombre: primero, segundo y apellido del cónyuge que demanda el divorcio)
(Name: First, Middle, Last) of Spouse Filing the Divorce)

Demandado _____
(Nombre: primero, segundo y apellido del otro cónyuge)
(Name: First, Middle, Last) of Spouse Filing the Divorce)

Usted **debe:**
You **must:**

- Llenar este formulario completamente; **O BIEN**, pedir a la persona encargada de los beneficios para empleados en su lugar de trabajo que lo llene.
  Fill out this form completely, **OR** ask the person in charge of employee benefits where you work to fill it out.
- Presentar la copia al tribunal.
  File the copy with the Court.
- Enviar una copia a su cónyuge por correo certificado. Conservar una copia de este formulario para sus archivos.
  Mail a copy to your spouse by certified mail. Keep a copy of this form for your records.

Importante: Su cónyuge debe recibir este aviso al menos 30 días antes de que termine la cobertura.
Important! Your spouse must receive this notice at least 30 days before the coverage ends.

Para (nombre del cónyuge): _____
To (Spouse's Name)
(Domicilio del cónyuge): _____
(Spouse's Address): Calle o apartado postal / Street address or P.O. Box — Ciudad / City — Estado / State — Código postal / Zip

De (el nombre de usted): _____
From (Your Name)
(Su domicilio): _____
(Your Address) Calle o apartado postal / Street Address or P.O. Box — Ciudad / City — Estado / State — Código postal / Zip

Si usted no tiene seguro médico, marque este cuadro: ☐ Llene la sección del Certificado de entrega a continuación, envíe por correo a su cónyuge una copia del formulario y presente este formulario a la oficina del secretario del tribunal.

If you do not have health insurance, check here. Fill out the Certificate of Service section below, mail a copy of the form to your spouse, and file this form with the clerk's office.

Si usted sí tiene seguro médico, llene la información acerca de su póliza de seguro médico que cubre actualmente a su cónyuge:

If you do have health insurance, fill out the information about your health insurance policy that covers your spouse now:

Compañía del seguro médico: _____ Número de póliza: _____
Health Insurance Company Policy Number

_____
(Persona de contacto para beneficios del empleado: nombre, teléfono, domicilio, ciudad, estado y código postal)
(Employee Benefits Contact Person): (Name/Phone #/Street Address/City/State/Zip)

Marque una opción:
Check one:

- ☐ Esta póliza tiene seguro COBRA. Esto significa que el cónyuge dependiente puede conservar el seguro después del divorcio. SIN EMBARGO, él o ella debe solicitarlo antes de la fecha límite y pagar las primas y todos los cargos administrativos. Para obtener más información, hable con la persona de contacto para beneficios del empleado que se indica arriba.

  This policy has COBRA. That means the dependent spouse can keep the insurance after the divorce. BUT s/he must apply by the deadline and pay the premiums and any administrative charges. To learn more, speak to the employee benefits person listed above.

- ☐ Esta es una póliza de seguro de grupo. Según TCA § 56-7-2312(d)(1), es posible que el cónyuge dependiente continúe la cobertura. Para obtener más información, hable con la persona de contacto para beneficios del empleado que se indica arriba. El cónyuge dependiente puede también obtener seguro de otra fuente.

  This is a group insurance policy. The dependent spouse may be able to continue coverage under TCA § 56-7-2312(d)(1). To learn more, speak to the employee benefits person listed above. The dependent spouse may also get insurance from another source.

- ☐ Esta póliza no ofrece seguro COBRA. Esto significa que la cobertura del cónyuge dependiente terminará después del divorcio. El cónyuge dependiente debe obtener cobertura de otro seguro médico.

  This policy does not offer COBRA. That means the dependent spouse's coverage will end after the divorce. The dependent spouse must get other health insurance to be covered.

- ☐ Mi cónyuge no está cubierto por mi póliza.

  My spouse is not covered by my policy.

Certificado de entrega:
Certificate of Service

Por el presente documento certifico que envié por correo una copia fiel y exacta de este **Aviso de seguro médico** a mi cónyuge asegurado el (fecha) _____ (MM/DD/AAAA), y que la envié por correo certificado al domicilio antes indicado.

I hereby certify that a true and exact copy of this **Health Insurance Notice** was mailed to my insured spouse on (Date). I sent it to the address listed above by certified mail

Firme aquí: ▶_____ Fecha (MM/DD/AAAA) _____
Sign Here Date