



ASPIRE HEALTH PLAN

Formulario de cancelación de la inscripción

Para cancelar la inscripción en Aspire Health Plan, proporcione la siguiente información:

Si solicita la cancelación de la inscripción, debe seguir recibiendo toda la atención médica de Aspire Health Plan HMO hasta la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción. Póngase en contacto con nosotros para verificar la cancelación de su inscripción antes de recibir servicios médicos fuera de la red de Aspire Health Plan. Le notificaremos la fecha de entrada en vigencia después de que recibamos este formulario.

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2.º NOMBRE	TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra.
----------	--------	--------------------	--

N.º de Medicare: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ (M M/D D /A A A A)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono del hogar: ____ - ____ - ____
---	--	---

Lea detenidamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la inscripción:

Me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o plan de medicamentos con receta de Medicare, y comprendo que Medicare cancelará mi inscripción actual en Aspire Health Plan en la fecha de entrada en vigencia de esa nueva inscripción. Comprendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También comprendo que si cancelo mi inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y quiero una cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta por esta cobertura.

Su firma*:

Fecha de hoy:

*O la firma de la persona autorizada a actuar en su nombre conforme a las leyes del estado donde vive. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar este formulario de cancelación de la inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible según lo solicite Aspire Health Plan o Medicare.

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.

Nombre y dirección (de la persona autorizada)	Número de teléfono ____ - ____ - ____	Relación con la persona inscrita
--	--	----------------------------------