

# Formulario de cancelación de la inscripción a los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados



Para cancelar la inscripción a los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados, proporcione la siguiente información:

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre
	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Sexo (M/F)	Número de teléfono particular
	N.º de Medicare:			

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

Comprendo que solo cancelo mi inscripción para los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados de Aspire Health Plan y que seguiré inscrito en el Plan Aspire Health HMO. Entiendo que se cancelará mi inscripción de los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados el primer día del mes posterior al mes en que Aspire Health Plan reciba mi solicitud de cancelación de la inscripción por escrito.

Firma\*

Fecha

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

Nombre de la persona autorizada

Relación con la persona inscrita

Dirección

Número de teléfono

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.

P.O. BOX 5490, SALEM, OR 97304 | (855) 570-1600 / 711 (TTY)

H8764\_SP\_EnhancedHealthDisEnrlForm\_1016 CMS Accepted 10/07/2016