



ASPIREHEALTHPLAN

Forma de Desafiliación para Beneficios Dentales Opcionales Suplementarios

Para Desafiliación de Aspire Health Plan Beneficios Dentales Opcionales Suplementarios Por favor proporcione la siguiente información:

Llene el formulario para darse de baja de la Aspire Health Plan Beneficios Suplementaria Opcionales Dentales sin finalizar su membresía en Aspire Health Plan HMO.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	TITULO <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.
----------	---------------	----------------	--

Medicare #: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (Mes/Día /Año)	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de Teléfono: ____ - ____ - ____
--	--	---

Por favor lea y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de desafiliación:

Yo entiendo que estoy terminando mi opcional beneficio dental suplementario de Aspire Health Plan. Me dará de baja del beneficio dental suplementario opcional el primer día del mes, después del mes que Aspire Plan de Salud recibe mi solicitud de baja por escrito.

Firma*:

Fecha:

* O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre bajo las leyes del estado donde usted vive. Si es firmado por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta desafiliación y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Aspire Plan de Salud o de Medicare.

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

Nombre y Dirección de residencia (de la persona autorizada)	Numero de Teléfono ____ - ____ - ____	Relación con el afiliado
--	--	--------------------------

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