

Si usted solicita que se cancele su inscripción, debe seguir recibiendo todo tipo de atención médica de BCBSAZ Health Choice Pathway HMO D-SNP hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación de la inscripción. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de BCBSAZ Health Choice Pathway. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor después de que recibamos este formulario de usted.

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.
Número de miembro:			
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de la casa: ()	

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

Si me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o plan de medicamentos de venta con receta de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en BCBSAZ Health Choice Pathway en la fecha de entrada en vigor de esa nueva inscripción. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que si cancelo la inscripción en mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y deseo tener cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta por dicha cobertura.

Su firma*: _____ **Fecha:** _____

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre en conformidad con las leyes del estado en donde usted vive. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a petición de BCBSAZ Health Choice Pathway o de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:
Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: (____) ____ - ____
Relación con el afiliado _____

H5587_D36652PY24_C