



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 2.º nombre | <input type="checkbox"/> Sr. | <input type="checkbox"/> Sra. | <input type="checkbox"/> Srta. |
| Número de miembro: | | | | | |
| Fecha de nacimiento: | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Número de teléfono de casa: () | | |

Lea cuidadosamente y llene la siguiente información antes de firmar y colocar la fecha en este formulario de cancelación de la inscripción:

Si me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados 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 recetados de Medicare y deseo tener cobertura de medicamentos recetados 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 lo firma una persona autorizada (según se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a la ley del estado a llenar este formulario de cancelación de la inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible si así lo solicita BCBSAZ Health Choice Pathway o Medicare.



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health
Choice

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Relación con el afiliado _____

BCBSAZ Health Choice Member Services / Servicios para Miembro 1-800-656-8991, TTY: 711
7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.
Visit us at / Visítenos en [HealthChoicePathway.com](https://www.healthchoicepathway.com)

H5587_D33022PY23_C