



Si usted solicita que se cancele su inscripción, debe seguir recibiendo todo tipo de atención médica de 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 la inscripción en su plan antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Health Choice Pathway. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor después de que recibamos este formulario de usted.

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Número del afiliado:			
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: ()	

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

Si me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi afiliación actual con 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 en el plan y 2) la documentación de esta autorización está disponible si así lo solicita Health Choice Pathway o Medicare.

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