



*For Health.
For Wellness.
For Life.*

Si usted solicita la cancelación de su inscripción, debe seguir recibiendo todos sus cuidados médicos de Physicians Health Choice hasta la fecha de vigencia de la cancelación. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su inscripción antes de acudir a servicios médicos fuera de la red de Physicians Health Choice. Le avisaremos de su fecha de vigencia después de recibir de usted este formulario.

Apellido:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Nº de Medicare			
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº telefónico en casa: ()	

Por favor lea y llene con cuidado la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de inscripción:

En la fecha de vigencia de inscripción en otro plan Medicare Advantage o Medicare para recetas médicas, entiendo que Medicare automáticamente cancelará mi membresía actual en Physicians Health Choice. Entiendo que tal vez no pueda inscribirme en otro plan en este momento. Entiendo además que si estoy cancelando mi inscripción en la cobertura de Medicare para recetas médicas y no me inscribo en una cobertura semejante en este momento, es posible que tenga que pagar una prima más alta para esta cobertura en el futuro.

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

*O la firma de la persona autorizada para representar al individuo bajo las leyes del estado donde reside el mismo. Si la firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), su firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar esta solicitud de cancelación de inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Physicians Health Choice o Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar los datos siguientes:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número telefónico: (____) _____ - _____

Relación con el suscriptor _____