

Si solicita la cancelación de la inscripción, debe seguir recibiendo toda su atención médica a través de <plan name> 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 solicitar servicios médicos fuera de la red de <plan name>. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor de la cancelación después de que recibamos este formulario.

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

**Lea atentamente 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 con receta de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi actual membresía en <MA plan name> en la fecha de entrada en vigor de esa nueva inscripción. Entiendo que quizás no pueda inscribirme en otro plan en este momento. Asimismo entiendo que si cancelo la inscripción en mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare y deseo tener cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta por esta cobertura.

**Su firma\*:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*O la firma de la persona autorizada a actuar en su nombre en virtud de las leyes del estado en el que usted reside. Si firma una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada a completar esta cancelación de la inscripción en virtud de las leyes estatales, y 2) la documentación donde consta esta facultad está disponible a pedido de <plan name> o de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:  <b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> (    ) - ____ - ____ <b>Relación con la persona inscrita</b> _____
---

<[Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.]>

[Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc. HealthSpring of Florida, Inc. opera bajo el nombre supuesto de “Leon Medical Centers Health Plans” en el área de servicio Miami-Dade. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. “Leon Medical Centers” es una marca comercial registrada de Leon Medical Centers. Leon Medical Centers Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Leon Medical Centers Health Plans depende de la renovación de contrato.]>