

Formulario de Baja a Beneficios Mejorados Complementarios Opcionales



Para darse de baja del paquete de Beneficios Mejorados, por favor, proporcione la siguiente información:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Teléfono principal
Número de miembro		

Lea detenidamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de baja:

Comprendo que solo estoy finalizando mi paquete de Beneficios Mejorados Complementarios Opcionales de Aspire Health Plan y seguiré estando inscrito en el Plan HMO de Aspire Health. Comprendo que seré dado de baja de los Beneficios Mejorados el primer día del mes, luego del mes en el que Aspire Health Plan reciba mi solicitud de baja por escrito.

Firma*	Fecha
--------	-------

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre bajo las leyes del Estado en el que vive. De estar firmado por una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Aspire Health Plan o de Medicare.

Nombre de la persona autorizada	Relación con la persona que se da de baja
---------------------------------	---

Dirección	Número Telefónico
-----------	-------------------

H8764_ENR_EnhancedHealthDisEnrForm_0724_C

P.O. BOX 5490, SALEM, OR 97304 | (855) 570-1600 (TTY 711)