



## Medicare Advantage de Summit Health

Formulario de cancelación del plan

Si solicita la cancelación del plan, continuará recibiendo toda la atención médica de Medicare Advantage de Summit Health hasta que esta entre en vigor. Comuníquese con nosotros y verifique la cancelación del plan antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Medicare Advantage de Summit Health. Le avisaremos la fecha de entrada en vigor después de que nos envíe este formulario.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Número del miembro			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono fijo ( _____ ) _____	

**Antes de agregar su firma y la fecha en este formulario de cancelación del plan, lea y complete la siguiente información con detenimiento:**

Si me inscribí en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o Medicare Advantage, comprendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Medicare Advantage de Summit Health en la fecha de entrada en vigor de esa nueva inscripción. Comprendo que quizá no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También comprendo que, si solicito la cancelación de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y, luego, deseo obtener este tipo de cobertura en el futuro, es posible que deba pagar una prima más elevada.

Firma de la persona inscrita* X	Fecha
------------------------------------	-------

\* O de la persona autorizada a actuar en su nombre en virtud de las leyes estatales de donde viva.  
Si firma este formulario una persona autorizada (como se describe anteriormente), su firma certifica lo siguiente: 1) que esta persona está autorizada por las leyes estatales a completar esta cancelación del plan y 2) que la documentación de esta autoridad está disponible bajo petición de Medicare Advantage de Summit Health o Medicare.

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

Nombre	
Dirección	Número de teléfono ( _____ ) _____
Relación con la persona inscrita	

**Summit Health Plan, Inc.**

Attn: Medicare Membership Accounting  
601 SW 2nd Ave. Portland, OR 97204-9748  
844-827-2355 • TTY: 711 • Fax: 833-949-1891