



IMPERIAL INSURANCE COMPANIES

Si solicita la cancelación de su inscripción en Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP), usted debe continuar recibiendo toda la atención médica de este plan hasta la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de su inscripción. Comuníquese con nosotros para verificar la fecha de cancelación de su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Imperial Insurance Companies, Inc. Le avisaremos sobre dicha fecha de entrada en vigencia luego de recibir este formulario.

Apellido:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/>
Número de Medicare: (Nota: puede utilizar el "número de miembro" en lugar del "número de Medicare")			
Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de su casa: ()	

Por favor, lea cuidadosamente y llene la siguiente información antes de firmar y colocar la fecha en este formulario de cancelación:

Si me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Imperial Insurance Companies, Inc. el día en que esa nueva inscripción entre en vigencia. Entiendo que es posible que no me pueda inscribir en otro plan en este momento. También entiendo que, si estoy cancelando la inscripción de mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero tener una cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima mayor por esta cobertura.

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

* O la firma de la persona autorizada que actúa en su nombre de conformidad con las leyes del estado en el que vive. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó anteriormente), dicha firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de conformidad con las leyes estatales para completar esta cancelación, y 2) existe documentación disponible sobre esta autorización, si Imperial Insurance Companies, Inc. o Medicare la solicita.

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Parentesco con la persona inscrita _____



IMPERIAL INSURANCE COMPANIES

Imperial Insurance Companies, Inc. es un plan (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Insurance Companies, Inc. depende de la renovación del contrato.

Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711.)

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-708-5976 (TTY: 711.)



IMPERIAL INSURANCE COMPANIES

<Date>

<Member Name>

<Address>

<City, State, Zip>

Estimado(a) <Member Name>:

<Member ID>

Normalmente, usted puede cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año o durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage que ocurre desde el 1º de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea las siguientes afirmaciones cuidadosamente y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted está certificando que, a su mejor saber y entender, usted es elegible para un Período de Elección.

- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí mi Medicaid) el (coloque la fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio en la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve la Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (coloque la fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o el estado en el que vivo me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha habido ningún cambio.
- Me estoy mudando a un Centro de Atención a Largo Plazo, ya vivo en uno de dichos centros o recientemente he dejado de vivir en uno de dichos centros (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé a un centro / me mudaré a un centro / dejaré de vivir en uno de esos centros el (coloque la fecha) _____.
- Me voy a inscribir en un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés) el (coloque la fecha) _____.
- Me voy a inscribir en la cobertura de mi empleador o sindicato el (coloque la fecha) _____.



IMPERIAL INSURANCE COMPANIES

- Fui inscrito en un plan por Medicare (o por mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en dicho plan empezó el (coloque la fecha)

_____.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o usted no está seguro(a), por favor, comuníquese con Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP) al 1-800-838-8271 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para cancelar su inscripción. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.

Gracias.

Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Insurance Companies, Inc. depende de la renovación del contrato.

Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-708-5976 (TTY: 711)。