



**IMPERIAL HEALTH PLAN**  
OF CALIFORNIA

Si solicita la cancelación de su inscripción, deberá continuar recibiendo atención médica de Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) hasta la fecha en que la cancelación de su inscripción se haga efectiva. Antes de buscar médicos fuera de la red de Imperial Health Plan, comuníquese con nosotros para verificar si su inscripción ya ha sido cancelada. Le informaremos sobre la fecha en que la cancelación entrará en vigencia luego de que recibamos este formulario.

Apellido:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Medicare #			
Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono de su casa: (     )	

**Por favor, lea detenidamente la siguiente información antes de firmar y colocar la fecha en este formulario de cancelación de la inscripción:**

Entiendo que, si me he inscrito en otro plan Medicare Advange o plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare cancelará mi membresía actual en Imperial Health Plan a partir de la fecha en que esa nueva inscripción se haga efectiva. Entiendo además que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. Además, comprendo 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 más alta para tener esta cobertura.

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

\*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre de conformidad con las leyes del Estado en el que vive. Si este formulario es firmado por una persona autorizada (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de conformidad con las leyes estatales para llenar este formulario de cancelación de inscripción, y 2) existe documentación disponible sobre esta autorización si Imperial Health Plan o Medicare la solicitan.

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



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

*Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato.*

*Imperial Health Plan of California (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)。*