

Formulario de desafiliación

Por favor lea cuidadosamente la información que aparece abajo antes de llenar, firmar y fechar este formulario. Nosotros le informaremos la fecha efectiva de su desafiliación una vez que recibamos este formulario.

En vez de enviar este formulario a **Elixir Insurance**, usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, para desafilarse por teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Apellido:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/>
Número de identificación de miembro:			
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono de la casa: ()	

Al completar esta solicitud de desafiliación, yo acepto lo siguiente:

Elixir Insurance me notificará la fecha de desafiliación cuando reciba este formulario. Yo entiendo que hasta que mi desafiliación sea efectiva, yo tendré que continuar despachando mis recetas médicas en farmacias de la red de **Elixir Insurance** para tener derecho a cobertura. Yo entiendo que existe un plazo limitado para afiliarme a otro plan de Medicare, a menos que yo califique para ciertas circunstancias especiales. Yo entiendo que me estoy desafilando de mi Plan de Medicamentos de Prescripción de Medicare y, si yo no adquiero otra cobertura por lo menos igual de buena a la de Medicare, tendré que pagar una multa por afiliación tardía para obtener esta afiliación en el futuro.

Firma* _____ Fecha: _____

* Firma del afiliado o de la persona autorizada para actuar a nombre del afiliado, de conformidad con las leyes del Estado donde reside el afiliado. Si la firma es de una persona autorizada, como se describe arriba, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del Estado para presentar esta desafiliación y 2) prueba de esta autorización está disponible por solicitud de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe suministrar la siguiente información: Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el afiliado _____
