

Clover Health

Formulario de cancelación de inscripción

En general, podrá cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage durante el Período de inscripción anual (**del 15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año) o durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (del **1 de enero al 31 de marzo** de cada año). Existen excepciones que pueden permitirle cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage fuera de esos períodos.

Al marcar alguna de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un Período de elección especial. Si ninguna de estas afirmaciones se aplica en su caso o no está seguro, llámenos al 1-888-778-1478 (TTY 711). Lo ayudaremos a determinar si reúne los requisitos para cancelar su inscripción.

Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, hora local, los 7 días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Return to Clover Health

Correo postal:

P.O. Box 21164

Eagan, MN 55121

Fax: 1-732-993-6650

Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla de la afirmación que sea aplicable en su caso.

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Solicito la cancelación de la inscripción a fin de año durante el Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. |
| ☐ | Solicito la cancelación de la inscripción durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. |
| ☐ | Este fue mi primer año con un plan de Clover, y abandoné un plan Medigap que tenía antes de este plan. |
| ☐ | Hace poco, tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (introducir fecha) _____. |
| ☐ | Hace poco, tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare (obtuve Ayuda adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (introducir fecha) _____. |
| ☐ | Tengo Medicare y Medicaid (o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no se ha producido un cambio. |
| ☐ | Me mudaré, vivo o recientemente me mudé de un establecimiento de cuidados a largo plazo (ejemplo: un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré a/de las instalaciones el (insertar fecha) _____. |
| ☐ | Me uniré a un Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (insertar fecha) _____. |
| ☐ | Me uniré a una cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha) _____. |
| ☐ | Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo seleccionar otro. Mi inscripción en el plan inició el (insertar fecha) _____. |
| ☐ | Tengo o me inscribiré en un plan de medicamentos con receta (como la cobertura de TRICARE o VA) que ofrece una cobertura tan buena como la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. |

Si solicita la cancelación de la inscripción, debe continuar recibiendo toda su atención médica de Clover Health hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación de inscripción. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Clover. Debemos notificarle su fecha de entrada en vigencia después de recibir este formulario de su parte.

Proporcione la siguiente información:				
Apellido:	Inicial del segundo nombre:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (MM / DD / AAAA)
Nombre:				
N.º de Medicare: ____ - ____ - ____ - ____	Teléfono particular: (____) ____ - ____ - ____			

Complete y lea con atención la siguiente información antes de firmar este formulario:

Si me inscribí en otro plan Medicare Advantage o Plan de medicamentos con receta de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Clover Health a partir de la fecha de entrada en vigencia de esa nueva inscripción.

Entiendo que tal vez no me pueda inscribir en otro plan en este momento. También entiendo que, si cancelo la inscripción de mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare y deseo una cobertura de medicamentos de Medicare en el futuro, es posible que deba pagar una prima más elevada por esta cobertura.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (según lo descrito arriba), esta firma certifica que:

- 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta cancelación de inscripción, y
- 2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare o Clover Health.

SU FIRMA:

FECHA:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en el espacio anterior y brindar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Vínculo con el afiliado: