

Clover

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 cancelación de inscripción de Medicare Advantage (**del 1 de enero al 14 de febrero** de cada año). Existen circunstancias 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 (888) 657-1207 (TTY 711). Lo ayudaremos a determinar si reúne los requisitos para cancelar su inscripción.

Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Devuelva a Clover Health

Correo postal:

P.O. Box 266650

Weston, FL 33326

Fax: 1-732-993-6650

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

Estoy solicitando una cancelación para el fin del año durante el Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) que va del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Estoy solicitando una cancelación durante el Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage que va del 1 de enero al 14 de febrero.

Este fue mi primer año con un plan de Clover, y abandoné un plan Medigap que tenía antes de este plan.

Tengo Medicare y Medicaid, o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.

Recibo Ayuda adicional (LIS) para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Ya no cumplo con los requisitos para recibir el programa Medicaid del estado o Ayuda adicional (PAAD) para pagar los medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir asistencia el (insertar fecha) _____.

Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia), vivo en uno de estos centros o me mudé de uno recientemente. 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) _____.

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 su inscripción, debe continuar recibiendo toda su atención médica con Clover Health hasta que la cancelación esté en efecto. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Clover. Le notificaremos su fecha de vigencia después de que recibamos este formulario

Proporcione la siguiente información:				
Apellido:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (MM / DD / AAAA)
NOMBRE:				
N.º de Medicare: _____-____-____-____-____	Teléfono de casa (_____) _____-____-____			

Complete y lea con atención la siguiente información antes de firmar este formulario:	
<p>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.</p> <p>Entiendo que tal vez no me pueda inscribir en otro plan en este momento. También entiendo que, si cancelo mi inscripción en mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare y deseo esta cobertura en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta por ella.</p>	<p>Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de 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.</p>
SU FIRMA:	FECHA:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar más arriba y proporcionar la siguiente información:
Nombre:
Dirección:
Número de teléfono:
Relación con el afiliado: