



Formulario de Pedido de Cancelación de la Membresía en los Planes Dentales HMO o PPO Suplementarios Opcionales de Blue Shield of California

Puede cancelar su membresía en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional en cualquier momento. Los pedidos de cancelación de la membresía recibidos antes del último día del mes tendrán validez desde el primer día del mes siguiente. Si se recibe el pedido de cancelación después del último día del mes, los miembros serán responsables de pagar la prima del plan dental HMO o PPO suplementario opcional.

Comuníquese con Blue Shield of California si necesita información en otro idioma o en otro formato (braille).

Envíe su formulario de cancelación de la membresía completo de la siguiente manera:

Por correo electrónico: WHMembership@blueshieldca.com

Por correo postal: Blue Shield of California
P.O. Box 948
Woodland Hills, CA 91365-9856

Por fax: (877) 251-3660

Número de miembro:

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	----------------	-----------------------------

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-----------------------------------	--

Número de teléfono de su hogar:

Lea cuidadosamente la siguiente información y complete lo que se pide antes de firmar y poner la fecha en este formulario de cancelación de la inscripción:

El envío de este formulario para cancelar su membresía en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional NO hará que se cancele su membresía en el plan Medicare Advantage de Blue Shield of California.

Si quiere cancelar su membresía en el plan Medicare Advantage de Blue Shield of California, comuníquese con nosotros al número de teléfono que está en su tarjeta de identificación para obtener una copia del formulario de cancelación correspondiente.

Tenga en cuenta que podrá cancelar su membresía solo en ciertos momentos del año. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Su firma*:	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA):
-------------------	-----------------------------------

*O la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de usted de acuerdo con las leyes del estado donde vive. Si la firma es de una persona autorizada (como se indicó arriba), esta firma certifica que:

- 1) esta persona tiene autorización, de acuerdo con la ley estatal, para completar este formulario de cancelación, y
- 2) la documentación de esta persona autorizada está disponible si la piden Blue Shield of California o Medicare.

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

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	----------------	-----------------------------

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita: