Si solicita la desafiliación, debe seguir recibiendo toda la atención de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) hasta la fecha de entrada en vigencia de la desafiliación. Comuníquese con nosotros para verificar su desafiliación antes de buscar servicios médicos fuera de la red de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Le avisaremos la fecha de entrada en vigencia después de que recibamos este formulario completo.

Apellido: Nombre: Inicial del segundo nombre:		**☐Sr. ☐Sra. ☐Srta.☐Sra.**
N.º de Medicare:		
Fecha de nacimiento:	**Sexo:** **☐M ☐F**	**Teléfono residencial:** ( )

Lea cuidadosamente y complete la siguiente información antes de firmar y escribir la fecha en este formulario de desafiliación:

Si me inscribí en otro plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage o Medicare, comprendo que Medicare cancelará mi afiliación actual a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) en la fecha de entrada en vigencia de esa nueva inscripción.

Su firma*: _____ **Fecha:** _____

*O la firma de la persona autorizada a actuar en su nombre conforme a las leyes del estado en el que resida. Si aparece la firma de una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar este formulario de desafiliación y
2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) o por Medicare.

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (__) _____-_____

Relación con la persona inscrita: _____