

Formulario de Terminación



PARA INDIVIDUAL ADVANTAGE O CAL-COBRA

Enviar por correo a: 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Envíelo por fax a: 916.568.0334

¿Preguntas? 916.563.2206 o 888.442.2206

Llene la información de abajo para terminar su cobertura con Western Health Advantage o la de su(s) dependiente(s).

Western Health Advantage debe ser notificado dentro de los 30 días de la fecha de terminación. Si no se proporciona la fecha de terminación en el formulario, su cobertura se terminará el último día del mes en que se recibió dicho formulario.

Nombre del suscriptor _____

Número de identificación del miembro _____

Número de seguro social _____

Número de teléfono _____

FIRMA _____ Fecha _____

Suscriptor/Parte responsable (firme a nombre de usted mismo o a nombre del solicitante menor de 18 años)

INFORMACIÓN DE MIEMBRO Proporcione toda la información solicitada acerca de usted o de sus dependientes para que la cuenta se cierre.

Nombre completo del miembro (suyo o del dependiente)	Identificación del miembro	Fecha de terminación	Razón de la terminación* (vea a continuación)

***RAZÓN DE LA TERMINACIÓN** Utilice el siguiente código numérico para indicar la razón de la terminación en la tabla de arriba:

1. Cambio de compañía de seguros
2. Inscrito en Medicare
3. Se mudó fuera del área de servicio
4. Fallecimiento del miembro
5. Sólo para los miembros de Cal-COBRA: terminación voluntaria
6. Otro (explicar): _____