



Solicitud de Terminación/Cancelación

Enviar a Fax Seguro de Balance al 415-955-8819

INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del Grupo	Número del Grupo
Nombre y Título del Contacto del Grupo	Número Telefónico del Contacto

Favor de **CANCELAR** **Miembro(s)** **Grupo**

Fecha de vigencia de la cancelación de la inscripción (ÚLTIMO DÍA del mes): _____

Miembro(s)	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	#ID del Miembro
<input type="checkbox"/> Empleado					
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja					
<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo					
<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo					
<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo					

Por favor elija el MOTIVO de cancelación apropiado a continuación:

<input type="checkbox"/> D005 Terminación del empleo (<i>por ejemplo, renuncia, despido, etc.</i>)	<input type="checkbox"/> D044 Seguro Médico Grupal Descontinuado por el Empleador
<input type="checkbox"/> D035 Reducción de Horas	<input type="checkbox"/> D043 La Empresa Cerró
<input type="checkbox"/> D028 Dependiente inelegible (<i>cumplió 26 años</i>)	<input type="checkbox"/> D009 Califica para Medicare
<input type="checkbox"/> D034 Se Cambió a Otro Proveedor Durante la Inscripción Abierta	<input type="checkbox"/> D003 Jubilación
<input type="checkbox"/> D007 Inscripción en el Seguro Médico Grupal del Cónyuge	<input type="checkbox"/> D010 Califica para Medi-Cal
<input type="checkbox"/> D040 Otra Cancelación (<i>por ejemplo, cancelar la cobertura de dependientes</i>)	<input type="checkbox"/> D045 Tamaño del Grupo no Califica (<i>hasta 1 EE</i>)
_____	<input type="checkbox"/> D001 Falleció
Favor de especificar	<input type="checkbox"/> D048 Se Inscribió en Covered CA

Acepto que la información anterior es verdadera y autorizo a Balance by CCHP a realizar los cambios anteriores.

Nombre del Empleador/Agente de Seguro
(Por favor escriba claramente):

Firma del Empleador/Agente de Seguro:

_Fecha:

SOLO PARA USO DE BALANCE: