



Blue Shield of California Medicare Advantage 플랜 해지 양식

해지를 요청한 경우, 해지가 효력 발생하기 전까지 모든 치료는 Blue Shield Medicare Advantage 플랜을 통해 받으셔야 합니다. Blue Shield Medicare Advantage 플랜 네트워크 외부에서 치료 서비스를 받기 전에 귀하의 해지를 확인하려면 당사에 문의해 주시기 바랍니다. 본 양식을 접수한 후 귀하의 효력 발생일을 안내해 드립니다.

가입자 번호:

성:	이름:	중간 이름 이니셜:
생년월일(월/일/연도):		성별: ☐ 남성 ☐ 여성

자택 전화번호:

아래 정보를 신중히 읽고 작성하신 후 이 해지 신청서에 서명하고 날짜를 기입해 주십시오:

본인은 다른 Medicare Advantage 또는 Medicare 처방약 플랜에 가입한 경우, Medicare는 새 가입의 효력 발생일에 현재 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 가입자 자격이 취소됨을 이해합니다. 본인은 현재 다른 플랜에 가입하지 못할 수도 있음을 이해합니다. 또한 본인은 Medicare 처방약 보장을 해지하고 추후 Medicare 처방약 보장을 원할 경우, 이 보장에 대해 더 많은 보험료를 지불해야 할 수도 있음을 이해합니다.

귀하의 서명*:	오늘 날짜(월/일/연도):
----------	----------------

*또는 귀하가 거주하는 주의 법률에 따라 귀하를 대신해 행동할 권한이 있는 사람의 서명. 권한을 부여받은 자(상기에 명시된 대로)가 서명했다면 이 서명은 다음 사항을 증명합니다.

- 1) 이 사람은 주법에 따라 본 해지서를 작성할 권한을 받았습니다.
- 2) Blue Shield Medicare Advantage 플랜 또는 Medicare가 요청 시 권한 증명서를 제공할 수 있습니다.

권한 있는 대리인인 경우, 다음 정보를 제공해야 합니다.

성:	이름:	중간 이름 이니셜:
----	-----	------------

도로명 주소:

시:	주:	우편번호:
----	----	-------

전화번호 :

가입자와의 관계:

일반적으로 Medicare Advantage 플랜은 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 연간 등록 기간이나 매년 1월 1일부터 3월 31일까지의 Medicare Advantage 공개 등록 기간에만 해지할 수 있습니다. 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에서 해지 가능한 예외가 있을 수 있습니다.

다음 제시문을 주의 깊게 읽고 적용되는 사항에 표시해 주십시오. 다음 칸 중 하나라도 체크 표시하면 귀하가 가입 기간에 참여할 자격이 있음을 최대한 증명하는 것입니다.

☐ 최근에 나의 Medicaid에 변경 사항(Medicaid 신규 가입, Medicaid 보조 수준 변경 또는 Medicaid 상실)이 생긴 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다.

☐ 최근에 나의 Medicare 처방 의약품 보장에 납부하는 Extra Help(저소득 보조금)에 변경 사항(Extra Help 신규 가입, Extra Help 수준 변경, 또는 Extra Help 상실)이 생긴 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다.

☐ 나는 장기 요양 시설(예를 들어 요양원 및 장기 요양 시설)에 들어갈 예정이거나, 살고 있거나 최근 그곳에서 나왔다. 내가 시설로 이사한/이탈한 시설에서 나온 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다.

☐ 내가 Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE, 노인을 위한 통합 치료 프로그램) 프로그램에 가입하는 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다.

☐ 내가 고용주 또는 조합 보장을 해지하는 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다.

☐ 나는 Medicare(또는 주)가 제공하는 플랜에 가입했으나 다른 플랜을 선택하고 싶다. 해당 플랜에 가입한 일자 (날짜 월/일/연도 기입)이다.

만약 상기 제시문 중 어떤 내용에도 해당하지 않거나 확신하지 못하는 경우, 해지 자격을 확인하기 위해 Blue Shield of California Medicare Advantage 플랜 고객 서비스부에 (800) 776-4466(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. Dual Special Needs Plan(D-SNP, 이중 특별 요구 플랜) 플랜에 등록된 가입자의 경우 고객 서비스부에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 당사는 주 철 일, 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 운영합니다.

양식을 작성하고 서명한 후 이메일, 우편 또는 팩스로 발송해 주십시오.

이메일: WHMembership@blueshieldca.com

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

팩스: (877) 251-3660