For Office Use Only:
Inactivation Date:_____

FORMULARIO DE CANCELACION DE LA MEMBRESIA

Si usted es el Miembro Principal, por favor tómese el tiempo para completar este aviso por escrito. **Se requiere que se complete el formulario de cancelación para que se cancele la membresía**. Una vez completado el formulario, debe enviarse a la siguiente dirección de correo electrónico: sales@bestmedicalplan.us o si lo prefiere puede enviarlo por correo a nuestra oficina ubicada en: 2460 SW 137 AVE Suite # 243 Miami FL. 33175).
Por favor, póngase en contacto con Best Medical Plan, Inc., si tiene alguna pregunta y un asociado le ayudará.
Best Medical Plan, Inc. es una organización de planes médicos con descuento. Best Medical Plan, Inc. NO es un seguro de salud. Best Medical Plan, Inc. No es responsable de los cargos o tarifas no pagados que el miembro haya podido ser cargado por cualquier proveedor, especialista o cualquier otro proveedor de atención médica asociado o contratado con Best Medical Plan, Inc. y Best Medical Plan, Inc. no paga a sus proveedores contratados ninguna tarifa, cargo o reclamo en nombre de su miembro. El miembro de Best Medical Plan, Inc. es responsable de pagar todas las tarifas, cargos y reclamos al proveedor.

I**MPORTANTE**: Los miembros DEBEN devolver sus tarjetas de identificación de miembro a Best Medical Plan, Inc. en el momento en que cancelan su membresía.
Nombre del Miembro Principal: _____ ID#:_____

Dependents:
Nombre del Miembro:_____ID#: _____
Nombre del Miembro:_____ID#: _____
Nombre del Miembro:_____ID#: _____
Nombre del Miembro:_____ID#: _____

Razón por la cual esta cancelando su membresía:
_____ No estoy satisfecho con el plan médico y su funcionamiento.
_____ Tengo un nuevo seguro médico.
_____ Otra. (Por favor explique): _____
_____

POLITICA DE CANCELACION DE MEMBRESIA:

Puede cancelar su membresía de Best Medical Plan, Inc. en cualquier momento. Best Medical Plan, Inc., tiene una política de cancelación de treinta (30) días. Best Medical Plan, Inc. debe recibir una notificación por escrito solicitando la cancelación de la membresía al menos treinta (30) días hábiles antes del próximo ciclo de facturación para que no se le cobre por el próximo ciclo de facturación. Si ha pagado por adelantado alguna cuota de membresía para los planes Core o CorePlus, el pago anticipado se reembolsará a prorrata de los meses, la membresía que no se haya utilizado, sin incluir la cuota de inscripción única no reembolsable que se cobró al momento de la inscripción de la membresía. La tarifa de inscripción no es reembolsable en todos los planes. Para cancelar la membresía, comuníquese con Best Medical Plan, Inc. al (305) 800-2378, de lunes a viernes, entre las 9:00 am y las 5:00 pm, hora estándar. y un asociado de BMP lo ayudará.

Al firmar esta forma, estoy de acuerdo en cancelar mi membresía con Best Medical Plan, Inc. también entiendo que, al cancelar mi membresía, reactivar mi membresía requerirá un cargo de reactivación. Si Yo vuelvo a ser un miembro, Yo soy responsable de pagar la inscripción o cualquier cargo de activación.

_____

Firma del Miembro Fecha

www.bestmedicalplan.us
2460 SW 137th Ave Suite #243
Miami, FL 33175
PH: (305)800.2378
Email: info@bestmedicalplan.us