



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

若您申請退保，您必須在退保生效日期之前繼續接受帝國健保 Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 提供的所有醫療護理。請在尋求帝國健保 Imperial Health Plan 網路外醫療服務之前與我們聯絡，以核實您是否退保。我們將在收到您寄來的表格後通知您生效日期。

姓：            名：            中間名首字母	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 夫人 <input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 女士	
聯邦醫療保險編號		
出生日期：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家庭電話號碼： (    )

請仔細閱讀並填寫以下資訊，然後在退保表上簽名並註明日期：

如果我已入保另一項聯邦醫療保險優勢計劃或聯邦醫療保險處方藥計劃，我理解，聯邦醫療保險將在新計劃入保生效日期取消我目前在帝國健保 Imperial Health Plan 中的保戶資格。我理解，此時我可能無法入保其他計劃。我也理解，如果我從聯邦醫療保險處方藥承保中退保，但在未來希望入保聯邦醫療保險處方藥承保，我可能必須為該承保支付更高保費。

您的簽名\*： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

\*或依照所在州法律授權代表我行事的人簽名。如果由授權的個人（如前述）簽名，則此簽名保證：1) 此人依照州法律授權填寫本退保表，及 2) 經帝國健保 Imperial Health Plan 或聯邦醫療保險請求時，提供該授權文件。

如果您是授權代表，您必須提供以下資訊：

姓名： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_  
電話號碼： (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
與投保人的關係 \_\_\_\_\_



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

帝國健保是與聯邦醫療保險簽有合約的(HMO) (HMO SNP) 。入保帝國健保視計劃是否與聯邦醫療保險續約而定。

帝國健保，Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法律，不會根據種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別進行歧視。

*ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).*

*ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-708-5976 (TTY：711)。