



Solicitud de terminación de New Mexico Medical Insurance Pool
Nota: Los agentes de seguros están disponibles para ayudarle sin costo alguno.

Cancele mi cobertura con el New Mexico Medical Insurance Pool a partir de: _____
 dd/mm/aaaa

Motivo (proporcione prueba)

Fecha de vigencia (dd/mm/aaaa)

- Cobertura obtenida a través del Exchange _____
- Cobertura obtenida a través de Centennial Care _____
- Cobertura obtenida a través del Mercado Comercial _____
- Califico para Medicare _____
- Me mudé fuera del estado _____
- Otra (por favor especifique) _____

 FIRMA

 FECHA

IMPRIMA SU NOMBRE _____

N° PÓLIZA # _____

 DIRECCIÓN

 CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

 TELEFONO #

Con mi firma arriba, certifico que he recibido asistencia del siguiente agente:

NOMBRE DEL AGENTE (LEGIBLE)		Tax ID NUMERO	
NOMBRE DE LA AGENCIA		NUMERO DE LICENCIA DE NUEVO MÉXICO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	FAX
FIRMA DEL AGENTE		FECHA	

La firma del agente certifica que el agente ha ayudado sustancialmente a la persona mencionada anteriormente con la adquisición de otra cobertura de seguro médico. Si se determina que el agente no ayudó a la persona mencionada anteriormente, el Pool puede optar por no pagar la tarifa del agente.

CORRESPONDENCIA:
 New Mexico Medical Insurance
 Pool P.O. Box 780548
 San Antonio, TX 78278
 Fax: 210-239-8449
 nmmip_eligibility@90degreebenefits.com