

SOLICITUD PARA CANCELAR UNA AUTORIZACIÓN
(Continuación)

Cancelen la autorización para divulgar información que firmé el _____ (fecha requerida)
(Mes/día/año)

sobre _____
(describa lo que fue autorizado/nombre del miembro involucrado)

Me gustaría que la autorización sea cancelada:

Inmediatamente (en un plazo de cinco días laborales desde el recibo por parte de Anthem de esta solicitud)

A partir de la siguiente fecha: _____
(Mes/día/año)

Nombre y firma del solicitante o miembro:

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Documentos adjuntos: Obtenga ayuda en otros idiomas
Aviso de no discriminación

anthem.com/inmedicaid

**Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan
y Hoosier Care Connect**

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.