5205 S 2nd Ave, STE G & H
Everett, WA 98203
425-842-2324
425-845-0096
Admin@CuraDirectHealthcare.com
www.CuraDirectHealthcare.com

Formulario de Cancelación de Acuerdo de Paciente Directo

Este formulario es necesario para cancelar un acuerdo de paciente directo con CuraDirect Healthcare.

Miembro que va ser cancelado:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Miembro(s) adicional(es) que se cancela(n)::

Nombre y fecha de nacimiento: _____ Nombre y fecha de nacimiento: _____

Nombre y fecha de nacimiento: _____ Nombre y fecha de nacimiento: _____

Condiciones de cancelación:

Entiendo que puedo terminar el acuerdo directo en cualquier momento y por cualquier razón no especificada.

Reconozco que para terminar este Acuerdo Directo con el Paciente, debo entregar este formulario como una notificación por escrito a CuraDirect Healthcare físicamente en 5205 S 2nd Ave, Suite G & H, Everett, WA 98203 o electrónicamente por fax (425) 845-0096, por correo electrónico a Admin@CuraDirectHealthcare.com, o por firma electrónica a través del programa HINT, el cual maneja la membresía y la facturación electroincamente.

Entiendo que las mensualidades directas continuarán acumulándose diariamente hasta que se reciba este formulario. La mensualidad se calculará a prorrata de la fecha de cancelación y se cargará a la forma de pago registrada. Si las tarifas prepagadas están en fideicomiso, CuraDirect Healthcare me reembolsará dentro de los 15 días laborales a partir de recibir este formulario.

Reconozco y entiendo que, si cancelo este mi acuerdo de paciente directo, no puedo volver a inscribirme hasta 3 meses después de la fecha de mi cancelación por escrito. Debo firmar un nuevo Acuerdo de Paciente Directo. CuraDirect Healthcare no garantiza que podré volver a inscribirme en una fecha futura.

Fecha de cancelación:

El Acuerdo de Paciente Directo se cancelará con efecto a partir de la fecha en que CuraDirect Healthcare reciba este formulario. Si desea terminar en una fecha futura, por favor especifique aquí:

_____

He leído, comprendo y acepto la política de cancelación. He tenido la oportunidad de formular cualquier pregunta que tuviera. Deseo cancelar mi membresía y mi acuerdo de paciente directo con CuraDirect Healthcare.

Miembro, Paciente Signature

Date