

Formulario de cambio de planes individuales de Idaho

VEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO DEL FORMULARIO

Nota: Para planes comprados a través de Your Health Idaho—Idaho's Health Insurance Exchange—, todos los cambios y terminaciones solicitadas SE DEBEN procesar a través de Idaho's Health Insurance Exchange. Visite yourhealthidaho.org o llame al 855-944-3246.

A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Nombre del suscriptor _____ ID del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____
(APARECE EN LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)

B. CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Nombre cambiado de _____ Estado civil _____
Estado cambiado Legalmente casado Divorciado Fallecido

Nombre cambiado a _____ Fecha de entrada en vigencia del cambio de estado civil _____

Nuevo domicilio _____

Nueva dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Nuevo nro. tel. (____) _____

C. AÑADIR NUEVOS DEPENDIENTES ELEGIBLES

RECIENTE NACIDO, NIÑOS ADOPTADOS, O NIÑOS PUESTOS EN ADOPCIÓN DEBEN SER AGREGADOS DENTRO DE LOS 60 DÍAS DEL NACIMIENTO O ADOPCIÓN (VER EL REVERSO PARA MÁS INFORMACIÓN).

NOMBRE Y APELLIDO	SEXO M/F	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿FUMA?
		<input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> niño natural <input type="checkbox"/> adoptado			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> niño natural <input type="checkbox"/> adoptado			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

D. CANCELAR DEPENDIENTES

NIÑOS (CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL).

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE TERMINACIÓN MM/DD/AA	MOTIVO
		<input type="checkbox"/> cobertura a través de otro padre (divorcio) <input type="checkbox"/> cobertura del gobierno (p. ej., medicare, medicaid) <input type="checkbox"/> cobertura individual <input type="checkbox"/> otra _____
		<input type="checkbox"/> cobertura a través de otro padre (divorcio) <input type="checkbox"/> cobertura del gobierno (p. ej., medicare, medicaid) <input type="checkbox"/> cobertura individual <input type="checkbox"/> otra _____

CÓNYUGE (CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL).

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE TERMINACIÓN MM/DD/AA	MOTIVO
		<input type="checkbox"/> anulación <input type="checkbox"/> muerte <input type="checkbox"/> divorcio <input type="checkbox"/> cobertura en el plan del padre <input type="checkbox"/> cobertura grupal del empleador <input type="checkbox"/> q cobertura del gobierno (p. ej., medicare, medicaid) <input type="checkbox"/> otra _____

E. CANCELAR LA COBERTURA

(PARA UTILIZARSE AL TERMINAR LA COBERTURA PARA SUSCRIPTORES Y TODOS LOS DEPENDIENTES)

Por medio del presente solicito para mí y para todos mis dependientes dejar de recibir los beneficios médicos recibidos bajo Contrato por SelectHealth®. Entiendo que esta interrupción entrará en vigencia el último día del mes siguiente a la recepción y aprobación de esta solicitud por parte de SelectHealth. Además, comprendo que no se hará ninguna cancelación de forma retroactiva.

Si desea otra fecha de terminación que no sea el final de mes, escríbala en el espacio a continuación. **Se requiere que nos de 14 días de aviso para terminar su plan.**

Fecha _____

Deseo dejar de recibir mis beneficios médicos porque tengo licencia por servicio militar activo.

F. FIRMA

Al firmar, usted está de acuerdo con los cambios solicitados anteriormente y reconoce que su prima mensual puede cambiar. Para terminar la cobertura, marque una casilla en la sección "E" anterior antes de firmar.

Firma del suscriptor _____ Fecha _____

Instrucciones para el formulario de cambio

USE LA SIGUIENTE PAUTA PARA COMPLETAR SU SOLICITUD DE CAMBIO.

Para planes comprados a través de Your Health Idaho—Idaho's Health Insurance Exchange—, todos los cambios y terminaciones solicitadas SE DEBEN procesar a través de Idaho's Health Insurance Exchange. Visite yourhealthidaho.org o llame al 855-944-3246.

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Complete esta sección utilizando el nombre completo del titular de la póliza y número de identificación. Puede encontrar este número en su tarjeta de identificación. Si compró su plan a través del Mercado de Seguros Médicos, se deben hacer determinados cambios a través del Mercado de Seguros. Para obtener más información, póngase en contacto con su agente designado por SelectHealth o llame a Ventas Individuales al **855-442-0220**.

SECCIÓN B. CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Esta sección se exige solamente para cambios en el nombre, estado civil, domicilio o número de teléfono.

SECCIÓN C. AGREGAR NIÑOS DEPENDIENTES ELEGIBLES

Use esta sección solamente para añadir a dependientes elegibles como se indica en su contrato. Si está añadiendo un dependiente fuera del período abierto de inscripción, se exigirá una prueba de un evento de la vida que califique. Los eventos de la vida que pueden hacerle calificar para un período de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) incluyen casarse, tener un bebé, mudarse a una nueva residencia, adoptar un niño, entre otros. Para obtener más información, llame al equipo de Ventas Individuales al **855-442-0220**.

SECCIÓN D. CANCELAR DEPENDIENTES

Use esta sección para quitar a su cónyuge o niños dependientes. La autorización de eliminación de dependientes puede realizarse en cualquier momento durante el año siempre que se le avise a SelectHealth con anticipación. Para obtener más información, llame al equipo de Ventas Individuales al **855-442-0220**.

SECCIÓN E. CANCELAR LA COBERTURA

Complete esta sección si usted desea cancelar su póliza.

SECCIÓN F. FIRMA

Sólo la firma del suscriptor es aceptable. Los formularios de cambio no firmados no pueden ser procesados y provocarán un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

Envíe el formulario de cambio completado a:

SelectHealth

P.O. Box 30192

Salt Lake City, UT 84130-0192

Fax: **801-442-5798**

Correo electrónico: individualenrollment@selecthealth.org

Cuando envíe información confidencial por correo electrónico, use su cuenta de *My Health* en selecthealth.org.