

Formulario de Cambio - CO (Planes individuales)

VEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO DEL FORMULARIO

Nota: Para los planes comprados a través del Mercado de seguros facilitado federalmente (FFM, por sus siglas en inglés), todos cambios solicitados y las terminaciones DEBEN ser procesadas a través del FFM. Visite healthcare.gov o llame al 800-318-2596.

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

LOS RECIÉN NACIDOS, LOS NIÑOS ADOPTADOS O LOS NIÑOS DADOS EN ADOPCIÓN DEBEN AGREGARSE EN UN PLAZO DE 60 DÍAS (CUANDO HAY UN CAMBIO EN LA PRIMA) DESPUÉS DE HABER OBTENIDO AL DEPENDIENTE, O DE 31 DÍAS (CUANDO NO HAY CAMBIOS EN LA PRIMA) DESDE QUE SE RECIBE LA PRIMERA RECLAMACIÓN.

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"/> q cobertura a través de otro padre (divorcio) <input type="checkbox"/> cobertura por el gobierno (e.g., medicare, medicaid, etc.) <input type="checkbox"/> cobertura individual <input type="checkbox"/> otra _____
		<input type="checkbox"/> q cobertura a través de otro padre (divorcio) <input type="checkbox"/> cobertura por el gobierno (p. ej., medicare, medicaid, etc.) <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

Por medio del presente solicito 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, escribala en el espacio a continuación.

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 Colorado Health Exchange (mercado de seguros de Colorado), todos los cambios solicitados y las terminaciones DEBEN ser procesados a través del mercado. Visite connectforhealthco.com o llame al 855-752-6749.

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Complete esta sección utilizando el nombre completo del titular de la póliza y número de suscriptor. Puede encontrar este número en su tarjeta de identificación. Si compró su plan a través de Colorado Health Exchange (mercado de seguros de Colorado), se deben hacer determinados cambios a través del mercado. 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.