

Formulario de Cambio Individual de 2023

Para usar con las pólizas Fuera del Intercambio solamente. Comuníquese con Nevada Health Link para las pólizas Dentro del Intercambio.

Sección 1: El suscriptor debe llenar toda la información				*Requerido
Primer nombre*	Apellido*	Inicial del 2.º nombre		
Identificación de Miembro*	Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social	Fecha de Vigencia solicitada*	
Tipo de cambio (marque los casilleros que correspondan y llene las secciones apropiadas)				
<input type="checkbox"/> Información Personal (Sección 2)		<input type="checkbox"/> Dependientes (Sección 5) (marque una con un círculo): Agregar - Quitar		
<input type="checkbox"/> Cambio de Cobertura (Sección 3)		<input type="checkbox"/> Cancelación (Sección 6)		
<input type="checkbox"/> Cobertura Auxiliar (Sección 4)		<input type="checkbox"/> Otro (explicación): _____		

Marque sus preferencias de envío (elijá una). Suscríbase para recibir información por vía electrónica, solicitar documentos en papel o actualizar su información. Visite HealthPlanofNevada.com o SierraHealthandLife.com e inicie sesión. Si es la primera vez que usa el sitio, tendrá que crear una cuenta con su identificación de miembro.				
<input type="checkbox"/>	(Escriba sus iniciales aquí). Elijo recibir todos los avisos o documentos futuros de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life en formato electrónico.			
<input type="checkbox"/>	(Escriba sus iniciales aquí). Rechazo recibir todos los avisos o documentos futuros de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life en formato electrónico.			

Sección 2: Información Personal		
Nombre nuevo (adjunte la documentación legal, p. ej. certificado de matrimonio, licencia de conductor)		
Nombre actual:	Nombre nuevo:	
Dirección/Teléfono/Correo electrónico nuevos		
Calle:	N.º de apto.:	Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:	N.º del Seguro Social:	N.º de Licencia de Conductor Válida / de ID de Nevada:

Raza (Elija una de las siguientes opciones)	Origen étnico (Elija una de las siguientes opciones)	Idioma Preferido, Hablado y Escrito (Elija una de las siguientes opciones)
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas <input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> No Inglés <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Sección 3: Para Cambiar de Cobertura <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta (del 01/11/22 al 15/01/23 solamente) <input type="checkbox"/> Primer día del mes después de 90 días de espera					
Health Plan of Nevada: MyHPN Solutions HMO			Sierra Health and Life: MySHL Solutions EPO		
Bronze HMO	<input type="checkbox"/> Plus 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Bronze EPO	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14
Silver HMO	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 3.1	<input type="checkbox"/> 4	Silver EPO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
				Gold EPO	<input type="checkbox"/> 7
Gold HMO	<input type="checkbox"/> 7			Bronze HSA EPO	<input type="checkbox"/> 3.1
				Catastrophic EPO	<input type="checkbox"/> 1

Sección 4: Cobertura Auxiliar¹

Tipo de cambio (marque los casilleros que correspondan)

Dental:

- Agregar PPO Dental para Adultos (mayores de 19 años) Quitar Dental
- Agregar DHMO Dental (todos los miembros cubiertos)

Vista para Adultos (mayores de 19 años):

- Agregar Cobertura
- Quitar Cobertura

Sección 5: Agregar/Quitar dependientes (NOTA: Agregue una hoja si es necesario)(marque el casillero que corresponda) **Agregar** dependientes **Quitar** dependientes

	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento	Sexo		N.º del Seguro Social (mayores de 5 años)	N.º de Licencia de Conductor Válida / de ID de Nevada (mayores de 19 años)	Consumo de tabaco ² <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					M	F			
Cónyuge									

Raza (Elija una de las siguientes opciones)	Origen étnico (Elija una de las siguientes opciones)	Idioma Preferido, Hablado y Escrito (Elija una de las siguientes opciones)
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas <input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> No Inglés <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento	Sexo		N.º del Seguro Social (mayores de 5 años)	N.º de Licencia de Conductor Válida / de ID de Nevada (mayores de 19 años)	Consumo de tabaco ² <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					M	F			
Hijo									

Raza (Elija una de las siguientes opciones)	Origen étnico (Elija una de las siguientes opciones)	Idioma Preferido, Hablado y Escrito (Elija una de las siguientes opciones)
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas <input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> No Inglés <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento	Sexo		N.º del Seguro Social (mayores de 5 años)	N.º de Licencia de Conductor Válida / de ID de Nevada (mayores de 19 años)	Consumo de tabaco ² <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					M	F			
Hijo									

Raza (Elija una de las siguientes opciones)	Origen étnico (Elija una de las siguientes opciones)	Idioma Preferido, Hablado y Escrito (Elija una de las siguientes opciones)
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas <input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> No Inglés <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento	Sexo		N.º del Seguro Social (mayores de 5 años)	N.º de Licencia de Conductor Válida / de ID de Nevada (mayores de 19 años)	Consumo de tabaco ² <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					M	F			
Hijo									
Raza (Elija una de las siguientes opciones)				Origen étnico (Elija una de las siguientes opciones)			Idioma Preferido, Hablado y Escrito (Elija una de las siguientes opciones)		
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino			<input type="checkbox"/> Inglés		
<input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino			<input type="checkbox"/> No Inglés		
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder			<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		<input type="checkbox"/> Otro							

Explicación para el Cambio - Debe adjuntar documentos para agregar dependiente(s).

Fecha de nacimiento del recién nacido _____ Fecha de adopción _____

Fecha de matrimonio _____ Fecha de pérdida de la cobertura _____

Otro _____

Sección 6: Cancelación

Si se llena esta sección se cancelará la cobertura para el suscriptor y todos sus dependientes. **La cobertura tiene vigencia hasta la medianoche del último día del mes en el que se recibió la solicitud de cancelación de la cobertura.**

Fecha de Cancelación solicitada: _____ Razón de la Cancelación: _____

Sección 7: Firma (requerida)

NOTA: HPN/SHL se reserva el derecho de establecer un calendario modificado del pago de las primas siempre que envíe un aviso por escrito al Suscriptor 30 días antes de la Inscripción Abierta Anual según lo estipulan las Pautas Federales. Dicho ajuste se aplicará a todos los miembros/asegurados de la misma clase.

Por medio del presente, solicito a HPN/SHL un cambio en la cobertura que se ofrece ahora para el/los miembro(s) de mi familia elegible(s) y para mí. Entiendo que esta solicitud está sujeta a la aceptación por parte de HPN/SHL y que si se emite un convenio, los servicios estarán disponibles sujetos a los términos, exclusiones, limitaciones y beneficios descritos en el convenio de cobertura, el Anexo A del Plan de Beneficios, así como cualquier endoso, cláusula y anexo correspondiente aplicable.

Firma del suscriptor/tutor: _____ Fecha: _____

Advertencia: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, suministre información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el fin de estafarlo o intentar estafarlo con respecto a un acuerdo o premio pagadero con los beneficios de un seguro, será denunciado ante la División de Seguros.

¹ Se permite un cambio a mitad de año de un producto dental por otro. No se permitirá que los miembros que cancelan un producto dental o de la vista a mitad de año hagan una nueva elección sino hasta el próximo período de inscripción abierta. Los cambios auxiliares tienen vigencia el primer día del mes posterior a haber recibido un formulario de cambio lleno.

² ¿Ha consumido tabaco regularmente en los últimos seis meses (en promedio cuatro veces por semana o más, sin incluir el consumo en ceremonias o rituales religiosos)?