

Formulario de Cambio de Plan Individual de 2026

Para uso exclusivo con pólizas fuera del Mercado. Comuníquese con Nevada Health Link para conocer las pólizas del Mercado.
DEBEN ENVIARSE TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.

Sección 1: El suscriptor debe proporcionar toda la información			
Primer nombre del suscriptor (obligatorio)	Apellido del suscriptor (obligatorio)	Inicial del 2.º nombre (opcional)	Fecha de vigencia solicitada * (obligatorio)
ID del miembro de suscriptor (obligatorio)	Fecha de nacimiento del suscriptor (opcional)	N.º de Seguro Social del suscriptor (opcional)	
Tipo de cambio (marque las casillas que correspondan y llene solo las secciones apropiadas)			
☐ Información personal (sección 2) ☐ Declaración sobre consumo de tabaco (sección 6) ☐ Actualización del responsable de una póliza para niños solos (sección 9) ☐ Cambio de cobertura (sección 3) ☐ Cambio de corredor oficial (sección 7) ☐ Cancelación (sección 10) ☐ Cobertura complementaria (sección 4) ☐ Cancelación/Solicitud de nueva póliza para dependientes (sección 8) ☐ Dependientes (sección 5) (encierre una opción en un círculo): Agregar - Retirar ☐ Otro (explicación):			
Dirección de correo electrónico para comunicaciones por dispositivos electrónicos: _____ Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta: 1) que recibirá algunas de las comunicaciones del plan por dispositivos electrónicos de forma automática, y 2) que leyó el Aviso de Comunicaciones Obligatorias del Plan³. También acepta recibir las Comunicaciones Obligatorias del Plan por vía electrónica. Recibirá muchas de las comunicaciones obligatorias del plan por vía electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando haya nuevas comunicaciones (como: información sobre beneficios y planes, reclamaciones, facturación y pagos, avisos reglamentarios y documentos fiscales) disponibles en internet. Si prefiere que le enviemos por correo copias impresas de los materiales obligatorios, marque aquí: ☐ En lugar de la entrega de los materiales obligatorios por medios electrónicos, le enviaremos copias impresas por correo postal. Tenga en cuenta que algunas comunicaciones son muy voluminosas y es posible que no quepan en todos los buzones. Puede cambiar sus preferencias de entrega en cualquier momento iniciando sesión en el centro para miembros por internet.			

Sección 2: Información Personal		
Nombre nuevo (adjunte documentación legal, es decir, permiso de matrimonio, permiso de conducir)		
Nombre actual:	Nombre nuevo:	
Nueva dirección/teléfono/correo electrónico		
Calle:	N.º de Apto.:	Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:	N.º de Seguro Social:	N.º de licencia de conducir válida de Nevada/Número de ID:

Raza (Elija una de las siguientes opciones)	Etnia (Elija una de las siguientes opciones)	Idioma hablado y escrito preferido (Elija una de las siguientes opciones)
☐ Dos o más razas ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Indoamericano o nativo de Alaska ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Prefiere no decir ☐ Negro o afroamericano ☐ Otro ☐ Oriente Medio	☐ Hispano/Latino ☐ No hispano ni latino ☐ Prefiere no decir	☐ Inglés ☐ Diferente del inglés ☐ Prefiere no decir

Sección 3: Para cambiar la cobertura ☐ Inscripción Abierta (Del 11/1/25 al 1/15/26 solamente)			
☐ El primer día del mes siguiente a los 90 días de espera			
Health Plan of Nevada: MyHPN Solutions HMO		Sierra Health and Life: MySHL Solutions EPO	
Bronze HMO	☐ 1 ☐ 2	Bronze EPO	☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14
Bronze HMO Plus	☐ 3 ☐ 4	Silver EPO	☐ 1 ☐ 2 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9
		Gold EPO	☐ 7
Silver HMO	☐ 1.1 ☐ 3.1 ☐ 4	Bronze HSA EPO	☐ 3.1
Gold HMO	☐ 7	Catastrophic EPO	☐ (disponible para menores de 30 años)

Sección 4: Cobertura complementaria opcional¹ (se aplica una prima adicional)
(debe estar inscrito en un plan médico fuera del Mercado para poder añadir un plan complementario dental o de servicios para la vista) (Todos los adultos de 19 años o más en la misma póliza estarán cubiertos cuando se seleccione el plan complementario)

Tipo de cambio (marque las casillas que correspondan)
Servicios dentales:

☐ Agregar el plan dental PPO para adultos (a partir de los 19 años)

☐ Agregar el plan S800B Exclusive Network Dental (todos los miembros nuevos)

☐ Retirar el plan dental

Servicios para la vista para adultos (a partir de los 19 años):

☐ Agregar cobertura

☐ Retirar la cobertura

Sección 5: Adición/Retiro de dependientes (NOTA: Utilice una hoja adicional si es necesario)

(marque la casilla que corresponda) ☐ **Adición** de dependientes (adjunte documentación de respaldo del QLE)
☐ **Retiro** de dependientes

	Nombre	Apellido	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento	Sexo M F	N.º de Seguro Social (a partir de los 5 años)	
Cónyuge/							
N.º válido de DL/ID de NV (a partir de los 19 años)		Consumidor de tabaco ² S N		Código del médico de cabecera		Código del ginecoobstetra	
Raza (Elija una de las siguientes opciones)			Etnia (Elija una de las siguientes opciones)		Idioma hablado y escrito preferido (Elija una de las siguientes opciones)		
☐ Dos o más razas ☐ Indoamericano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Oriente Medio			☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiere no decir ☐ Otro		☐ Hispano/Latino ☐ No hispano ni latino ☐ Prefiere no decir		☐ Inglés ☐ Diferente del inglés ☐ Prefiere no decir

ICHRA (Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual): ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

QSEHRA (Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos para Pequeños Empleadores Cualificados): ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

Si respondió que sí, marque las casillas correspondientes

Prima del plan QSEHRA

☐ QSEHRA del suscriptor utilizado para la prima del plan

☐ QSEHRA del cónyuge utilizado para la prima del plan

☐ No corresponde ☐ No se sabe

Reclamaciones de servicios médicos/medicamentos de QSEHRA

☐ QSEHRA del suscriptor utilizado para el reembolso de gastos médicos o de medicamentos

☐ QSEHRA del cónyuge utilizado para el reembolso de gastos médicos o de medicamentos

☐ QSEHRA del suscriptor y cónyuge utilizado para el reembolso de gastos médicos o de medicamentos

☐ No corresponde ☐ No se sabe

	Nombre	Apellido	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento	Sexo M F	N.º de Seguro Social (a partir de los 5 años)	
Niño							
N.º válido de DL/ID de NV (a partir de los 19 años)		Consumidor de tabaco ² S N		Código del médico de cabecera		Código del ginecoobstetra	
Raza (Elija una de las siguientes opciones)			Etnia (Elija una de las siguientes opciones)		Idioma hablado y escrito preferido (Elija una de las siguientes opciones)		
☐ Dos o más razas ☐ Indoamericano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Oriente Medio			☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiere no decir ☐ Otro		☐ Hispano/Latino ☐ No hispano ni latino ☐ Prefiere no decir		☐ Inglés ☐ Diferente del inglés ☐ Prefiere no decir

	Nombre	Apellido	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento	Sexo M F		N.º de Seguro Social (a partir de los 5 años)
Niño							
N.º válido de DL/ID de NV (a partir de los 19 años)		Consumidor de tabaco² S N		Código del médico de cabecera		Código del ginecoobstetra	
Raza (Elija una de las siguientes opciones)			Etnia (Elija una de las siguientes opciones)		Idioma hablado y escrito preferido (Elija una de las siguientes opciones)		
☐ Dos o más razas ☐ Indoamericano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Oriente Medio			☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiere no decir ☐ Otro		☐ Hispano/Latino ☐ No hispano ni latino ☐ Prefiere no decir		
☐ Inglés ☐ Diferente del inglés ☐ Prefiere no decir							

Explicación del cambio - Debe adjuntar documentos para agregar dependiente(s).

☐ Fecha de nacimiento _____ ☐ Fecha de adopción _____ ☐ Fecha de matrimonio _____

☐ Fecha de pérdida de cobertura _____ ☐ Otro _____

Sección 6: Declaración sobre consumo de tabaco

Si se inscribió inicialmente como consumidor de tabaco y dejó de consumir tabaco durante al menos seis meses, marque aquí. ☐

Si se inscribió inicialmente como no consumidor de tabaco y empezó a consumirlo recientemente, marque aquí. ☐

Una vez que presente esta declaración, su prima se ajustará para reflejar la tarifa para consumidores o no consumidores de tabaco vigente a partir del primer día del mes siguiente en el que recibamos este formulario de cambio lleno.

Sección 7: Solicitud de cambio de corredor oficial

Nueva agencia: _____ Agencia titular: _____

Sección 8: Cancelación/Solicitud de nueva póliza para dependientes

Solicito la cancelación de mi póliza con fecha de vigencia _____. Se detendrá todos los pagos automáticos por EFT. Solicito que mi(s) dependiente(s) sea(n) establecido(s) con su propia póliza con fecha de vigencia _____. Entiendo lo siguiente:

- Que mi póliza se cancelará y que mi(s) dependiente(s) tendrá(n) una nueva póliza, con un nuevo número de ID del miembro el primer día del mes siguiente a la cancelación.
- La póliza nueva será para el mismo plan.
- Una vez establecida la nueva ID del miembro, mi(s) dependiente(s) deberá(n) configurar nuevos pagos automáticos por EFT, si así lo desean.

Sección 9: Actualización del responsable de una póliza para niños solos

Padre/madre/tutor legal como parte responsable - nombre completo en letra de imprenta

Nombre	Apellido	Por teléfono
--------	----------	--------------

Sección 10: Cancelación

Al llenar esta sección, se cancelará la cobertura del suscriptor y de todos los dependientes. **La cobertura está vigente hasta la medianoche del último día del mes en el que se recibe la solicitud de cancelación.**

Fecha de finalización solicitada: _____ Motivo de la cancelación: _____

Sección 11: Firma (obligatoria)

NOTA: HPN/SHL se reserva el derecho de establecer un calendario de pagos de primas modificado siempre que avise al suscriptor con 30 días de antelación a la Inscripción Abierta Anual establecida por las directrices federales. Todo ajuste de este tipo se aplicará a todos los miembros/asegurados de la misma clase.

Por la presente, solicito a HPN/SHL un cambio en la cobertura que nos están ofreciendo a mí y a mi(s) familiar(es). Entiendo que esta solicitud está sujeta a la aceptación de HPN/SHL y que si se emite un acuerdo, los servicios estarán disponibles sujetos a los términos, exclusiones, limitaciones y beneficios descritos en el acuerdo de cobertura, el Anexo A Lista de Beneficios y cualquier endoso, cláusula adicional y anexo aplicable al mismo.

Firma del suscriptor/tutor: _____ **Fecha:** _____

Advertencia: Proporcionar información falsa, incompleta o engañosa de manera deliberada a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla es un ilegal. Las sanciones pueden incluir penas de prisión, multas, denegación del seguro e indemnización civil por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, de manera deliberada, proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa al titular de una póliza o a un reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera con los ingresos del seguro será denunciado a la División de Seguros.

- ¹ Se permite un cambio a mitad de año de un producto de plan dental por otro. Los miembros que cancelen el plan dental o de servicios para la vista a mitad de año no podrán volver a afiliarse hasta el siguiente período de inscripción abierta. Los cambios de planes complementarios entran en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción del formulario de cambio lleno.
- ² En los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco con regularidad (cuatro o más veces por semana en promedio, excepto por motivos religiosos o ceremoniales)?
- ³ Algunas leyes exigen que le proporcionemos información específica por escrito. Podemos enviarle las Comunicaciones Obligatorias del Plan por vía electrónica cuando usted nos lo autorice. No todas las comunicaciones requieren autorización antes de ser enviadas. Este Aviso solo se aplica cuando se requiere autorización. Puede cambiar de opinión en cualquier momento y le enviaremos las comunicaciones en formato impreso. Estas comunicaciones pueden incluir: Documentos del plan y avisos legales, decisiones sobre beneficios, como una Explicación de Beneficios, y avisos de privacidad. Las comunicaciones se basan en el plan que tenga. Recibirá nuevas comunicaciones una vez que se conviertan a formato electrónico. Si no hay una versión electrónica, se enviarán por correo postal.

¿Cómo se enviarán las comunicaciones? Le enviaremos un correo electrónico cuando un documento esté listo para verlo en internet.

¿Qué sucede si cambio de dirección de correo electrónico? Actualice su correo electrónico de inmediato. Usted es responsable de proporcionarnos información correcta. Las comunicaciones pueden retrasarse si la información que tenemos es incorrecta. Si esto sucede, usted nos exime de toda responsabilidad.

¿Qué sucede si cambio de plan? Si cambia o agrega un plan de beneficios, programa, producto o servicio, podemos utilizar la misma información de contacto que nos proporcionó anteriormente.

¿Puedo retomar la opción de correo postal? Sí, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Puede cambiar su preferencia visitando el sitio web para miembros o la aplicación móvil, o llamando al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de ID. La entrega de comunicaciones por dispositivos electrónicos se mantendrá hasta que cambie su preferencia a correo postal. Los cambios pueden tardar hasta siete días hábiles en procesarse.

¿Puedo obtener una copia en papel? Sí, tiene derecho a una copia en papel gratis. Puede imprimir una copia desde el sitio web para miembros o llamando al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de ID y se la enviaremos por correo.

Requisitos de hardware y software Para obtener, ver y guardar estas comunicaciones, debe contar con lo siguiente, por su propia cuenta: Acceso a Internet o telefonía móvil; registro en el sitio web para miembros; una cuenta de correo electrónico con software; y Acrobat Reader o software similar para ver archivos PDF.

^aNosotros significa United HealthCare Services, Inc. u Optum, Inc. o sus compañías afiliadas.