SecurityHealth Plan℠

Promises kept, plain and simple.®

1515 North Saint Joseph Avenue
P.O. Box 8000
Marshfield, WI 54449-8000

1-800-472-3450, opción 2
715-221-9444, opción 2
TTY 711
Fax: 715-221-9974

Suscriptor existente

Solicitud de cambio de plan de salud

Nota: Algunos cambios pueden afectar a su prima.

Nombre del empleador	Fecha de entrada en vigencia (m/d/a) / /

Apellido del suscriptor	Nombre	MI	Número de suscriptor

Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Pareja de hecho

☐ Período de inscripción abierta (OEP)

☐ Período de inscripción especial (SEP) *(documentación, evento que califica y fecha del evento obligatorios)*

Fecha del evento (m/d/a) _____ /_____ /_____ ☐ Nacimiento/adopción ☐ Casamiento ☐ Mudanza permanente ☐ Pérdida de la cobertura

Si se inscribe debido a una pérdida de cobertura, presente un comprobante de pérdida a su empleado.

Marque y complete los cambios que correspondan y firme a continuación.

☐ Cambio de nombre

Cambiar de	Cambiar a	Motivo del cambio
Si está casado/a, nombre del cónyuge	Fecha de casamiento (m/d/a) / /	Fecha de divorcio (m/d/a) *Si corresponde* / /

☐ Cambio de teléfono/ correo electrónico

Cambiar el teléfono a	Cambiar el correo electrónico a

☐ Cambio de dirección

El cambio corresponde:
☐ Dirección física
☐ Dirección de correo postal

Calle			Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

☐ Cambio de plan

Número de grupo	Subgrupo/ubicación	Descripción del plan Cantidad del deducible _____ Red _____

☐ Cancelar póliza

Última fecha de empleo (m/d/a) / /	Motivo de la cancelación

☐ Cambio a COBRA

Fecha de entrada en vigencia (m/d/a) / /	

☐ Corrección/adición

Nombre	MI	Apellido	
☐ Fecha de nacimiento ☐ Número del Seguro Social ☐ Sexo asignado al nacer ☐ Fecha de contratación			Nueva información

☐ Restablecer la póliza Motivo _____

☐ Adición de cónyuge o dependiente(s)

Nombre				Sexo asignado al nacer		Fecha de nacimiento			Relación con el suscriptor	Número de Seguro Social
Apellido	Apellido anterior/de soltera	Nombre	MI	M	F	Mes	Día	Año		

Fecha de la adición (m/d/y) ____ /____ /____ Motivo de la adición _____

☐ Eliminación de dependiente(s)

Nombre			Fecha de nacimiento			Fecha de finalización		
Apellido	Nombre	MI	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año

Motivo de la eliminación _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas anteriores son ciertas y completas. Reconozco que Security Health Plan puede solicitar prueba de documentación relacionada con la elegibilidad de inscripción de cualquier miembro/empleado, y acepto cooperar para proporcionar dicha documentación cuando se solicite.

Firma del suscriptor o del representante del empleador _____ Fecha (m/d/a) _____ /_____ /_____

(Firma obligatoria para cualquier cambio)

Cargo del representante del empleador (Obligatorio si lo firma el representante del empleador) _____

Envíe el formulario por correo electrónico a shpmember@securityhealth.org o por fax al 715-221-9974.

© 2024 Security Health Plan of Wisconsin, Inc. Todos los derechos reservados. Se requiere autorización por escrito de Security Health Plan of Wisconsin, Inc. para reproducir o divulgar este documento de cualquier forma o a través de cualquier medio.