

Fair Treatment Notice

SelectHealth obeys Federal civil rights laws. We do not treat you differently because of your race, color, ethnic background or where you come from, age, disability, sex, religion, creed, language, social class, sexual orientation, gender identity or expression, and/or veteran status.

We provide free:

- > Aid to those with disabilities to help them talk with us. This may be sign language interpreters or info in other formats (large print, audio, electronic).
- > Help for those whose first language is not English, such as interpreters or member materials in other languages.

Need help? Call SelectHealth Member Services at **800-538-5038** or SelectHealth Advantage Member Services at **855-442-9900** (TTY users: 711).

If you feel you've been treated unfairly, call SelectHealth 504/Civil Rights Coordinator at **1-844-208-9012** (TTY Users: 711) or the Compliance Hotline at **1-800-442-4845** (TTY Users: 711). You may also call the Office for Civil Rights at **1-800-368-1019** (TTY Users: **1-800-537-7697**).

Language Access Services

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a SelectHealth.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 SelectHealth。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số SelectHealth.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. SelectHealth. 번으로 전화해 주십시오.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'd , 'é'et'áá jiik'eh, éí ná hółq ,'koji' hódíłnih SelectHealth.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa SelectHealth.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: SelectHealth.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните SelectHealth.

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez SelectHealth.

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。SelectHealth. まで、お電話にてご連絡ください。

ማሳሰቢያ: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ያለክፍያ ለክርስቶስ ይገኛሉ። SelectHealth ን ያናግሩ።

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, бесплатне услуге помоћи за језик, биће вам доступне. Контактирајте SelectHealth.

تنبيه: إذا كنت تتحدث عربي، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل بـ SelectHealth.

توجه: اگر بہ زبان را وارد کنی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، بصورت رایگان در اختیار شماست. با SelectHealth تماس بگیرد.

หมายเหตุ: หากคุณพูด ใ้ภาษาไทย, การบริการภาษา โดยไม่มีค่าใช้จ่าย มีพร้อมบริการให้กับคุณ ติดต่อ SelectHealth

SelectHealth: **1-800-538-5038**

SelectHealth Advantage: **1-855-442-9900**



Formulario de Cambio - UT (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 _____
(UBICADA EN LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)

B. CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Nombre cambiado de _____ Estado civil _____
 Cambio de estado Legalmente casado Divorciad Fallecido

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

Nuevo domicilio _____

Nueva dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ N.º de tel. nuevo (_____) _____

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 DEL SEGURO SOCIAL	¿FUMA?
		<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> ADOPTADO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> ADOPTADO			<input type="checkbox"/> SI <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 DEL PADRE/MADRE (DIVORCIO) <input type="checkbox"/> COBERTURA DEL GOBIERNO (P. E.J., MEDICARE, MEDICAID, ETC.) <input type="checkbox"/> COBERTURA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> OTRA _____
		<input type="checkbox"/> COBERTURA A TRAVÉS DEL PADRE/MADRE (DIVORCIO) <input type="checkbox"/> COBERTURA DEL GOBIERNO (P. E.J., 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 DEL PLAN DEL PADRE/DE LA MADRE <input type="checkbox"/> COBERTURA COLECTIVA DE SU EMPLEADOR <input type="checkbox"/> COBERTURA DEL GOBIERNO (P. E.J., 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 del FFM, todos los cambios solicitados y las terminaciones DEBEN ser procesados a través del FFM.
Visite healthcare.gov o llame al 800-318-2596.*

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Complete esta sección utilizando el nombre completo del titular de la póliza y la ID del suscriptor. Puede encontrar este número en su tarjeta de identificación. Si usted compró su plan a través del FFM, se pueden hacer ciertos cambios a través del FFM. Para obtener más información, póngase en contacto con su agente designado por SelectHealth o llame al equipo de 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.