

# Formulario de cambio/cancelación

## para contratos individuales y familiares

Use tinta de color negro. Marque con las iniciales todas las correcciones. Se deben contestar todas las preguntas.

**Si se inscribió a través del Mercado de Seguros Médicos federal, los cambios o las cancelaciones se deben realizar a través del Mercado de Seguros Médicos federal ([Healthcare.gov](http://Healthcare.gov) o 1.800.318.2596).**

### Sección 1. Tipo de transacción (Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Cambiar nombre/dirección/teléfono <input type="checkbox"/> Agregar dependiente(s): para agregar un dependiente fuera del período de inscripción abierta, es necesario que se produzca un evento que permita un período de inscripción especial (SEP). Marque una opción: <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Denegación de Medicaid o CHIP <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Otra _____ <b>Fecha del evento del SEP:</b> _____ <b>Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:</b> _____	<input type="checkbox"/> Finalizar la cobertura <input type="checkbox"/> Del titular del contrato y de todos los dependientes cubiertos <input type="checkbox"/> Solo de los dependientes enumerados en la Sección 3 <input type="checkbox"/> Solo del titular del contrato (cónyuge/dependientes permanecen) <b>Motivo:</b> <input type="checkbox"/> Cancelación voluntaria (Motivo: _____) <input type="checkbox"/> Mudanza fuera del área de servicio <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Otro evento calificado: _____ <b>Fecha de finalización de la cobertura (debe ser el último día del mes):</b> _____ <p><b>* La fecha de cancelación solicitada puede ser una fecha futura, pero no puede ser anterior a la fecha en que recibimos este formulario completado.</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Sección 2. Información del titular principal del contrato

SSN del titular de contrato	Identificación de miembro:	Nombre:	Inicial del segundo nombre	Apellido:	
Dirección particular:		N.º de dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es distinta de la dirección anterior):		N.º de dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Sexo: Masculino    Femenino	Nombre del plan:	Idioma:		

### Sección 3. Información sobre incorporación / cambio / cancelación

(Debe adjuntar una copia de la documentación de respaldo del evento calificado o si el dependiente tiene un apellido diferente del apellido del titular del contrato).

Tipo de cambio: (A=Agregar, C=Cambiar, X=Cancelar)	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el titular del contrato	Número de Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	¿Consume tabaco? Sí/No*

¿Alguno de los dependientes que se agregará a la cobertura tiene una residencia permanente diferente de la del titular principal del contrato?  No  Sí

Si la respuesta es "Sí", proporcione los nombres y las direcciones: \_\_\_\_\_

**\* Marque "Sí" para los dependientes mayores de 18 años que se agregarán a la cobertura que hayan consumido productos de tabaco 4 veces o más por semana dentro de los últimos 6 meses.**

## Sección 4. Autorización

Nombre del titular principal del contrato en letra de imprenta	Fecha	Firma
Nombre del cónyuge en letra de imprenta (necesario si asume responsabilidad por el contrato y los dependientes cubiertos restantes)	Fecha	Firma
Nombre del dependiente en letra de imprenta	Fecha	Firma
Nombre del dependiente en letra de imprenta	Fecha	Firma
Nombre del corredor/ agente en letra de imprenta	NPN Fecha	Firma

Debe proporcionar la documentación de respaldo autorizada para demostrar la elegibilidad para el período de elección especial.

---



Underwritten by Health First Commercial Plans

## Aviso de no discriminación

AdventHealth Advantage Plans cumple con las leyes federales sobre derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. AdventHealth Advantage Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

AdventHealth Advantage Plans:

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de signos.
  - Información escrita en otros formatos (tamaño de letra grande, formatos electrónicos accesibles).
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si cree que AdventHealth Advantage Plans no proporcionó estos servicios o lo discriminó de algún otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles: Civils Rights Coordinator, 6450 US Highway 1, Rockledge, FL 32955, 321-434-4521, 1-800-955-8771 (TTY), Fax: 321-434-4362, [civilrightscordinator@hf.org](mailto:civilrightscordinator@hf.org). Puede presentar una queja personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AdventHealth Advantage Plans suscribe mediante Health First Commercial Plans, Inc. Health First Commercial Plans no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones en cuanto a la inscripción y los beneficios. En caso de que exista discrepancia en la versión traducida, prevalecerá la versión en inglés del presente documento.

AHAP Individual HMO\_POS Nondiscrimination Notice (1\_2020)\_SP



# Advent Health

## Advantage Plans

Underwritten by Health First Commercial Plans

### English:

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through AdventHealth Advantage Plans. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 844-522-5279.

### Spanish:

Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de la solicitud o cobertura que usted tiene con AdventHealth Advantage Plans. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al 844-522-5279.

### Haitian Creole:

Avi sila a gen Enfòmasyon Enpòtan ladann. Avi sila a gen enfòmasyon enpòtan konsènan aplikasyon w lan oswa konsènan kouvèti asirans lan atravè AdventHealth Advantage Plans. Chèche dat ki enpòtan nan avi sila a. Ou ka gen pou pran kèk aksyon avan sèten dat limit pou ka kenbe kouvèti asirans sante w la oswa pou yo ka ede w avèk depans yo. Se dwa w pou resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Rele nan 844-522-5279.

### Vietnamese:

Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình AdventHealth Advantage Plans của Quý vị. Xin xem các ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số 844-522-5279.

### Portuguese:

Este aviso contém informações importantes. Este aviso contém informações importantes a respeito da sua solicitação ou cobertura por meio dos AdventHealth Advantage Plans. Consulte datas importantes neste aviso. Talvez seja necessário que você tome providências dentro de determinados prazos para manter a sua cobertura de plano de saúde ou ajuda com custos. Você tem o direito de obter estas informações e ajuda no seu idioma e sem custos. Ligue para 844-522-5279.

### Chinese:

本通知包含重要的資訊。本通知包含關於您透過 AdventHealth Advantage Plans 提交的申請或保險的重要資訊。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權以您的母語免費取得本資訊及幫助。請撥電話 844-522-5279。

### French:

Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire AdventHealth Advantage Plans. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez 844-522-5279.

**Tagalog:**

Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng Mahalagang Impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagkakasaklaw sa AdventHealth Advantage Plans. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan kang magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagkakasaklaw sa kalusugan o makatulong sa mga gastusin. May karapatan kang makuha ang impormasyon at tulong na ito sa iyong wika nang libre. Tumawag sa 844-522-5279.

**Russian:**

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через AdventHealth Advantage Plans. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону 844-522-5279.

**Arabic:**

يحتوي هذا الإشعار معلومات هامة. يحوي هذا الإشعار معلومات مهمة بخصوص طلبك للحصول على التغطية من خلال AdventHealth Advantage Plans. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراء في تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في دفع التغطية الصحية أو للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على معلومات والمساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل بالرقم 844-522-5279.

**Italian:**

Questo avviso contiene informazioni importanti. Questo avviso contiene informazioni importanti sulla sua domanda o copertura attraverso AdventHealth Advantage Plans. Cerchi le date chiave in questo avviso. Potrebbe essere necessario un suo intervento entro una scadenza determinata per consentirle di mantenere la sua copertura o sovvenzione. Ha il diritto di ottenere queste informazioni e assistenza nella sua lingua gratuitamente. Chiami il numero 844-522-5279.

**German:**

Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch AdventHealth Advantage Plans. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Anspruch auf Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter 844-522-5279.

**Korean:**

본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 AdventHealth Advantage Plans를 통한 보장에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 확인하십시오. 귀하는 건강 보장을 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 844-522-5279로 전화하십시오.

**Polish:**

Niniejsze ogłoszenie zawiera ważne informacje. Niniejsze ogłoszenie zawiera ważne informacje dotyczące Państwa wniosku lub zakresu świadczeń realizowanych poprzez AdventHealth Advantage Plans. Może zaistnieć potrzeba podjęcia przez Państwa pewnych działań w określonym terminie w celu zachowania ubezpieczenia zdrowotnego lub otrzymania pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnego uzyskania informacji i pomocy w języku ojczystym. Prosimy zadzwonić pod numer 844-522-5279.

**Gujarati:**

આ સૂચનામાં અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાં ફ્લોરિડા હોસ્પિટલ કેર એડવાંટેજ દ્વારા તમારી અરજી અથવા ક્વેરેજ વિશેની અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાંની ખાસ તારીખો જુઓ. તમારા આરોગ્ય ક્વેરેજને જાતલી રાખવા અથવા ખર્ચ અંગે મદદ મેળવવા માટે ચોક્કસ સમયમર્યાદા સુધીમાં તમારે કાર્યવાહી કરવાની જરૂર પડી શકે છે. તમને આ માહિતી અને મદદ તમારી ભાષામાં વિના મૂલ્યે મેળવવાનો અધિકાર છે. 844-522-5279 પર કોલ કરો.

**Thai:**

ประกาศนี้มีข้อมูลสำคัญ ประกาศนี้มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการสมัครหรือขอขเขตการประกันสุขภาพของคุณผ่าน AdventHealth Advantage Plans โปรดดูกำหนดการสำคัญในประกาศนี้

คุณอาจจะต้องดำเนินการภายในเวลาที่กำหนดเพื่อจะรักษาการประกันสุขภาพของคุณหรือการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่าย คุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือนี้ในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 844-522-5279.