



Solicitud De Cambio De información

Fecha: ___/___/___

Nombre del Miembro: _____ Número del Miembro: _____

Cambio de Dirección: Permanente Correo Postal

<u>Nueva</u>	<u>Previa</u>
Dirección: _____	Dirección: _____
Cuidad y Estado: _____	Cuidad y Estado: _____
Código Postal: _____	Código Postal: _____
Fecha de vigencia del cambio: ___ / ___ / ___	

Cambio de Teléfono

<u>Nueva</u>	<u>Previa</u>
Residencia: _____ - _____ - _____	Residencia: _____ - _____ - _____
Trabajo: _____ - _____ - _____	Trabajo: _____ - _____ - _____
Teléfono Celular: _____ - _____ - _____	Teléfono Celular: _____ - _____ - _____
Fecha de vigencia del cambio: ___ / ___ / ___	

Nombre impreso del Miembro o Representante: _____

Firma del Miembro o Representante: _____

Por favor de enviar la planilla a HealthSun Health Plans usando una de las siguientes maneras:

ATTN: Departamento de inscripción
 Correo: **9250 W Flagler Street Suite 600 Miami, FL 33174**
 Fax: **305-675-0652**
 Correo electrónico: member.request@healthsun.com

Si tiene algunas preguntas, llame a nuestro Departamento de Servicios de Miembros al 1-877-336-2069. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. desde el 1.o de abril hasta el 30 de septiembre (excepto los días feriados nacionales). Desde el 1.o de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad). HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.