



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](mailto: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.