



2310 S. Carson St., Suite 2
Carson City, NV 89701
Call Center: 800.547.2927
Fax: 800.546.4088
NevadaHealthLink.com

Solicitar cambio de fecha de vigencia

Este formulario está diseñado para su uso si está solicitando un cambio en la fecha de vigencia de la cobertura o un cambio en la fecha de terminación de la cobertura para su cobertura de su seguro de salud de Nevada Health Link.

Las solicitudes de fechas de cambio de cobertura están sujetas a la aprobación del Intercambio. Por favor, utilice este formulario para explicar claramente por qué su solicitud debe ser considerada, particularmente cualquier factor que muestre un error o error en sus fechas efectivas de cobertura actual o planificada, por favor sea específico.

Para completar este formulario, guarde este archivo en su computadora, llene la sección relacionada con su evento de vida calificado y envíe este formulario por correo electrónico a: customerserviceNVHL@exchange.nv.gov. Si necesita más espacio, puede incluir un documento o hoja adicional.

Por favor, evite proporcionar cualquier información directamente relacionada con condiciones médicas privadas.

Su nombre: _____

Por favor, enumere a todos los inscritos para los que está solicitando un cambio en la fecha de cobertura efectiva.

¿Usted u otras personas inscritas han utilizado algún beneficio de cobertura hasta la fecha? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha(s) de uso de los beneficios y el nombre del inscrito:

¿En qué meses ha hecho los pagos de primas?

¿Qué meses (si los hay) no ha pagado los pagos de primas?

Seleccione qué tipo de cambio de cobertura:

- Fecha de inicio de la cobertura
- Fecha de terminación de cobertura

Para solicitar un cambio en la fecha de inicio de la cobertura

¿Cuándo comenzó su cobertura de NVHL actual o cuándo va a comenzar?

¿Qué día está solicitando que comience la cobertura?

¿Por qué solicita un cambio en la fecha de inicio de la cobertura?

Para solicitar un cambio en la fecha de terminación de la cobertura

¿Cuándo termina su cobertura de NVHL actual o cuándo va a terminar?

¿Qué día solicita para terminar la cobertura?

¿Por qué solicita una fecha de terminación de la cobertura?

Información Adicional: