



Regence BlueCross BlueShield of Utah is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield de Utah y su sucursal no aseguradora, Regence ValueCare y/o Regence HealthWise

Attn: Membership #4

P.O. Box 30270

Salt Lake City, Utah 84130-0270

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y RENUNCIA

Por favor escriba en letra de molde con tinta negra o azul en todas las áreas no sombreadas. La información incompleta o ilegible puede dar como resultado un retraso en la cobertura. Si un artículo no es aplicable, escriba "N/A". El formulario debe tener la firma y la fecha, o será devuelto.

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--------------|---|--|--|---------------------------------|
| INFORMACIÓN DEL EMPLEADO | Opción de plan de salud: O Plan calificado de HSA: <input type="checkbox"/> BlueEssentials <input type="checkbox"/> Plan de salud Regence de HSA <input type="checkbox"/> BluePreferred <input type="checkbox"/> o Plan de alto deducible de HSA <input type="checkbox"/> BlueClassic <input type="checkbox"/> Banco _____ | | Opción de red de servicios: <input type="checkbox"/> BlueCross BlueShield <input type="checkbox"/> ValueCare <input type="checkbox"/> HealthWise (no disponible en el Regence HSA Healthplan) | | Dental: <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> ValueCare | Otros: <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Vista | <input type="checkbox"/> Afiliado existente <input type="checkbox"/> Nuevo afiliado o Transferido de _____ | Número de grupo de salud |
| | Nombre del empleado (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ | | | | Inicial del segundo nombre _____ | | | |
| | Dirección de correo _____ | | | | | | | |
| | Ciudad _____ | | | Estado _____ | Código postal (+4) _____ | | Número de seguro social _____ | |
| | Número telefónico durante el día _____ | | Empleador _____ | | Ubicación del trabajo (ciudad y estado) _____ | | Ocupación _____ | |

| | | | | | |
|---|------------------------|--|---|--|--|
| Fecha de contratación (día/mes/año) _____ | Horas por semana _____ | Situación familiar: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) | Solicitud para: <input type="checkbox"/> Individual y sus dependientes <input type="checkbox"/> Propietario(a) <input type="checkbox"/> No gerencia <input type="checkbox"/> Asalariado(a) <input type="checkbox"/> Jubilado(a) | <input type="checkbox"/> Individual únicamente <input type="checkbox"/> Gerencia <input type="checkbox"/> Comisionado(a) <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Sindicato | Número de dependientes elegibles _____ |
|---|------------------------|--|---|--|--|

| | Fecha de inicio | Situación de membresía | Código de adulto | Miembros de la familia | Código especial | Medicamente asegurado |
|----------------------------------|--------------------------|---|--|---|--------------------------------|-----------------------|
| | Relación con el empleado | Sexo | Nombre(s) de los miembros(s) que serán cubiertos (incluya el apellido si es diferente al del empleado). No use apodos. | Número de seguro social de cada miembro que será cubierto | Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA | |
| MIEMBROS QUE SE INSCRIBEN | Empleado | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Cónyuge | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | _____ |

INSTRUCCIONES

- Llene esta sección para usted (si está renunciando) o para cualquiera de sus dependientes elegibles para los que esté renunciando a la cobertura. No puede inscribir a sus dependientes si usted renuncia (excepto a los niños sujetos a una Orden de apoyo médico infantil calificado).
- Si usted renuncia a la inscripción de este plan para usted o para cualquiera de sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro de salud, en el futuro puede inscribir a la(s) persona(s) omitidas en este plan, siempre que solicite la inscripción en un periodo no mayor de 30 días después de la finalización de la cobertura de esta(s) persona(s). ("Renunciar a la inscripción" incluye la omisión de la persona a partir de esta solicitud.) Además, si usted adquiere un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción en un plazo no mayor de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción (el Período especial de inscripción).
- Por favor incluya el tipo de cobertura de seguro para el empleado y todos los miembros elegibles que tienen otra cobertura de seguro médico al llenar el tipo de seguro [grupo, individual u otro (Medicare, Medicaid, V.A., H.I.P., etc.)].
- Todos los miembros elegibles de la familia deben ser nombrados tanto en la sección de Miembros que se inscriben como en la de Miembros que renuncian.

| | Nombre(s) del(los) miembro(s) que renuncian a la cobertura (incluya el apellido si es diferente al del empleado) No use apodos, por favor. | Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA | Otro seguro médico | | Tipo de seguro | | | Nombre de la aseguradora |
|-------------------------------|--|--------------------------------|--------------------|----|----------------|------------|-----------------|--------------------------|
| | | | Sí | No | Grupo | Individual | Otro (explique) | |
| MIEMBROS QUE RENUNCIAN | Empleado | | | | | | | |
| | Cónyuge | | | | | | | |
| | Hijos | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN *continuación*

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|---|
| INFORMACIÓN DE LA COBERTURA ACTUAL/ANTERIOR | Por favor indique por CADA persona nombrada en esta solicitud cualquier cobertura de seguro médico (incluyendo Medicare o Medicaid) vigentes dentro de los 24 meses previos a la fecha propuesta de inicio de esta cobertura. Cada persona que solicita cobertura debe estar nombrada a continuación. Si no había ninguna cobertura de seguro médico vigente dentro de los 24 meses anteriores, por favor indique NINGUNA. Obtener crédito por la cobertura anterior está sujeto a su elegibilidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y por lo tanto, no está garantizada por llenar esta solicitud. El incumplimiento al completar toda la información y presentar un formulario de "Certificado de cobertura" con esta "Solicitud de Inscripción o Renuncia" retrasará su capacidad de obtener crédito por la cobertura anterior, a la que pueda tener derecho. | | | | | |
| | MEDICARE Si usted o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud tiene Medicare, es cobertura de la <input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B <input type="checkbox"/> PARTE D, y por favor complete la siguiente información: | | | | | |
| | Persona que se inscribe | Fecha de inicio / / | Número de Medicare (por favor incluya el prefijo alpha) | Motivo del derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/> discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> derecho doble | | |
| | Persona que se inscribe | Fecha de inicio / / | Número de Medicare (por favor incluya el prefijo alpha) | Motivo del derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/> discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> derecho doble | | |
| | Nombre de la persona que se inscribe (No Medicare) | Nombre de la aseguradora (Número de póliza y número de teléfono) esta otra cobertura médica? | Fechas de cobertura Día/Mes/Año | | Cuando se apruebe esta solicitud, ¿la persona que se inscribe continuará estando cubierta por esta otra cobertura médica? | Tipo de cobertura Marque todas las opciones que apliquen |
| | | | De | A | | |
| | 1. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico |
| | 2. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico |
| | 3. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico |
| | 4. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico |
| 5. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico | |
| 6. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico | |
| 7. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico | |
| 8. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|-------------------------|----------------|
| VIDA | DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO Por favor complete lo siguiente si su grupo de vida es administrado por Highmark Life y Casualty (TransGeneral Life). Hay otros formularios disponibles para Regence Life y Health Insurance Company. | | | | |
| | Primer nombre | Apellido | Fecha de nacimiento (día/mes/año) | Número de seguro social | Relación |
| | Primario | | | | |
| | Primario | | | | |
| | Contingente | | | | |
| | Contingente | | | | |
| Dependiente de vida <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | Grupo de vida Núm. _____ Clase _____ Monto de vida _____ | | | % de beneficio |

Yo autorizo a cualquier fuente para divulgar a Regence BlueCross BlueShield de Utah, a su sucursal no aseguradora, Regence ValueCare, o Regence HealthWise (en adelante mencionada como "el Plan"), cualquier información médica, de salud, de empleo o de seguro solicitada para cualquier miembro inscrito. Yo autorizo que deduzcan la prima de la nómina de pagos, según sea necesario. Yo estoy de acuerdo con las disposiciones de inscripción del Plan. Yo comprendo que la cobertura no puede iniciar hasta que cumpla con el período de espera convenido por el empleador, según consta en los registros del Plan. Yo autorizo a mi empleador para actuar como mi agente en todos los asuntos administrativos del programa del grupo y reconozco que mi empleador de ninguna manera actúa como agente del Plan.

Yo reconozco y comprendo que el seguro puede solicitar o divulgar mi información médica, o la de mis dependientes (las personas que son elegibles para obtener los beneficios de cobertura y están nombrados en el formulario de inscripción) eventualmente, con la intención de facilitar el tratamiento de atención médica, el pago, para operaciones de negocios necesarias para administrar los beneficios de atención médica o según lo requiera la ley. La información médica solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o servicios brindados por:

- Un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de atención de la salud o del comportamiento;
- Una clínica, hospital, centro de atención médica de largo plazo u otro centro médico;
- Cualquier otra institución que brinde atención, tratamiento, consultas, fármacos, materiales o;
- Una aseguradora o plan de salud de grupo.

La información médica solicitada o divulgada puede incluir, pero no se limita a: registros de reclamos, correspondencia, expedientes médicos, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, expedientes dentales o de hospital (incluyendo los registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no se aplica para obtener información relacionada con notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización independiente para las notas de psicoterapia.

Yo comprendo que podría no haber proveedores participantes de todas las especializaciones.

Yo reconozco que he tenido la oportunidad de inscribirme, pero no deseo hacer una solicitud para la(s) persona(s) nombrada(s) en la sección anterior de MIEMBROS QUE RENUNCIAN (o para cualquier miembro elegible de la familia no enumerado). Al renunciar a la cobertura, estoy consciente de que los miembros que renuncian (incluyéndome, si estoy renunciando) después pueden inscribirse en mi aniversario de grupo, a menos que califiquen para el Período especial de inscripción (SEP, por sus

siglas en inglés). Si he renunciado a mi inscripción o la de mis dependientes (incluyendo a mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud de grupo, puedo en el futuro calificar para el Período especial de inscripción e inscribir a las personas que renunciaron a este plan, siempre que solicite la inscripción en un período no mayor de 30 días después de la finalización de la otra cobertura de esta(s) persona(s) por la pérdida de la elegibilidad o porque el empleador deja de contribuir con esa otra cobertura. Además, si adquiero un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en un plazo no mayor de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si solicito un seguro de vida, comprendo que si no estoy trabajando activamente al inicio de mi cobertura, mi seguro no iniciará hasta el día en que vuelva al trabajo. Para esas coberturas a las que he renunciado, comprendo que si elijo inscribirme en una fecha posterior, mi costo puede ser más alto y puede ser necesario un cuestionario de salud.

Yo comprendo que el crédito de la cobertura anterior se basará en la información contenida en esta solicitud. Si cualquier información proporcionada es falsa o está incompleta, Regence BlueCross BlueShield de Utah o sus sucursales pueden, sin previo aviso, declarar el contrato como nulo e inválido y cancelar la cobertura en forma retroactiva hasta su fecha de inicio original o imponer el período de espera por afección preexistente o denegar los reclamos preexistentes.

Yo adicionalmente certifico que toda la información completada en este formulario es verdadera, correcta y completa y reconozco que mi cobertura está sujeta a la cancelación u otra acción permitida por la ley si se descubre que cualquier información completada es falsa o incorrecta.

Cualquier asunto en disputa entre usted y el Plan puede estar sujeto al arbitraje como una alternativa a la acción del corte conforme a las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje o cualquier otro arbitraje reconocido, cuya copia de la cual está disponible a solicitud por el Plan. El Plan debe poder cubrir los costos del arbitraje, cargos por archivo de documentos, cargos administrativos y de arbitraje. Otros gastos de arbitraje, incluyendo, pero no limitándose a: honorarios de abogados, gastos de hallazgo, testigos, estenógrafos, traductores y gastos similares, correrán por cuenta de la parte que incurra estos gastos. Cualquier decisión obtenida por el arbitraje deberá estar vinculada a ambos, usted y el Plan. El fallo del arbitraje puede incluir los honorarios del abogado, si la ley estatal lo permite, y puede presentarse como juicio en cualquier tribunal de la jurisdicción apropiada.

Firma del empleado

Fecha en que Firma