



Regence BlueCross BlueShield of Utah is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



# FORMULARIO DE CAMBIO E-27

Regence BlueCross BlueShield of Utah and its non-insurer subsidiary, Regence ValueCare and/or Regence HealthWise  
Attn: Membership #4  
PO Box 30270  
Salt Lake City, Utah 64130-0270

<b>INFORMACIÓN DEL SUBSCRIPTOR</b>	<b>(FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)</b>			<b>INSTRUCCIONES</b>
	_____ (Apellido)	_____ (Nombre)	_____ (Inicial)	
	No. de Identificación del Subscriptor: _____			
	Nombre del Empleador: _____			
No. de Grupo Actual: _____				

<b>CAMBIO DE DIRECCIÓN</b>	Dirección Nueva o Apartado Postal es necesario _____			
	(Calle)			(Apto.)
	_____ (Ciudad)	_____ (Estado)	_____ (Código Postal)	

<b>CAMBIO DE NOMBRE</b>	De: _____ A: _____			
	Si el cambio es por matrimonio, indique la <u>Fecha de Matrimonio</u> (dd/mm/aaaa) ____/____/____ y marque el espacio apropiado abajo:			
	<input type="checkbox"/> Deseo añadir a mi cónyuge a mi cobertura y he indicado su nombre en la sección "Familiares Adicionales". <input type="checkbox"/> No deseo añadir a mi cónyuge a mi cobertura.			

Fecha de Entrada en Efecto	Membresía	Código de Adulto	Familiares	Código Especial	Medicamento Asegurado
----------------------------	-----------	------------------	------------	-----------------	-----------------------

Por favor llene la "Solicitud con la información de Cobertura Previa" si está añadiendo un familiar y si está empleado por una compañía con menos de 51 empleados elegibles para seguro médico.

<b>FAMILIARES ADICIONALES</b>	Relación con el Subscriptor	Nombres Completos de los Miembros a ser Cubiertos	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Estatura	Peso	No. de Seguro Social de Cada Dependiente	Debe llenarse por cada miembro cubierto por otro seguro (incluyendo Medicare)			
							Nombre de la Aseguradora	Médico	Dental	Medicinas
			/ /	--						
			/ /	--						
			/ /	--						
			/ /	--						
			/ /	--						

MIEMBROS DADOS DE BAJA	Relación con el Subscriber	Nombre Completo de los Miembros a ser dados de Baja	Por Cada Cambio Indique:	
			Razón	Fecha de Entrada en Efecto (dd/mm/aaaa)
	Subscriber <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	Cónyuge <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija			
	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija			

<b>CAMBIOS EN SEGURO DE VIDA</b>	Si su seguro de incapacidad o de vida es administrado por Regence Life and Health Insurance Company y usted hacer cambios, por favor comuníquese con su administrador del plan para más información.
----------------------------------	--

<b>CONDICIONES PREEXISTENTES</b>	Cualquier cobertura emitida en conexión con la adición de cualquier familiar proporcionada a través de este <b>Formulario de Cambio E-27</b> puede contener una limitación en la cobertura de condiciones preexistentes. Si el familiar añadido tiene cobertura digna de crédito previa, esta puede estar disponible para reducir el período de limitación de condición preexistente. Ayudaremos a dicha persona a obtener un certificado de cobertura digna de crédito, de ser necesario.
----------------------------------	--

<b>FIRMA</b>	<p>Yo, el suscrito, por la presente le solicito a Regence BlueCross BlueShield of Utah, Regence HealthWise y/o Regence ValueCare, en adelante "el Plan," a cambiar mi membresía en el Plan según es indicado aquí, sujeto a las normas prevalecientes, regulaciones y primas del Plan y de acuerdo a mi contrato actual con el Plan. Entiendo que cualquier cambio en mi estructura familiar puede afectar mis primas mensuales.</p> <p>Cualquier asunto que esté en disputa entre usted y el Plan puede estar sujeto a arbitraje como una alternativa a la acción de 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 juico en cualquier tribunal de la jurisdicción apropiada.</p>
	<p>_____</p> <p>Firma del Subscriber</p>
	<p>_____</p> <p>Fecha en que Firma</p>