



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

FORMULARIO DE PERIODO DE INSCRIPCION ESPECIAL (SEP)

DEBE SER LLENADO Y PREPARADO POR EL EMPLEADO EN NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, INCLUYENDO LOS QUE NO ESTEN SOLICITANDO COBERTURA

(Esta solicitud debe estar acompañada de un "CERTIFICADO DIGNO DE COBERTURA" para una cobertura previa usada para calificar para SEP.)

Nombre del Empleado _____ No. de Seguro Social _____ Nombre del Grupo Empleador _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LAS SECCIONES A, B, C & D										
SECCION A			SECCION B					SECCION C	SECCION D	
<p>Por favor Llené esta sección para el empleado y todos los miembros familiares elegibles sea que estén solicitando 0 no cobertura indicando nombre y apellido, relación con el empleado y responda si 0 no si el empleado 0 miembro familiar tuviera otra cobertura medica al ser elegibles para cobertura bajo este Grupo</p>			<p>Por favor Llené esta sección para el empleado y los miembros familiares indicados en la Sección A que hayan tenido otra cobertura medica al ser elegibles para cobertura bajo este grupo; indique el tipo de segura (Grupo, Individual, Medicare, Medicaid, V.A., etc.), cual miembro familiar es 0 fue el titular del certificado (Empleado 0 el Cónyuge), el nombre del proveedor del seguro, las fechas de cobertura y la razón por la que se termino (cesación de COBRA, separación legal, divorcio, muerte, reducción de horas de empleo, eliminación de las contribuciones del empleado, etc..</p>					<p>Por favor identifique cualquier dependiente en la SECCIÓN A adquirido en los últimos 30 días indicando la fecha y si lo fue por matrimonio, nacimiento, adopción, 0 colocación para adopción.</p>	<p>Llene esta sección para el empleado y todos los miembros elegibles de la familia, identificando quién de ustedes ha recibido el aviso inicial escrito de elegibilidad para asistencia de la prima en virtud del Título 26, Capítulo 18 del Código de Utah (el programa "UPP") proporcionando la fecha en que usted, él o ella recibieron el aviso inicial escrito. Adjunte una copia de ese aviso inicial escrito.</p>	
Nombre del Empleado o Miembro Familiar (Nombre & Apellido)	Marque la Relación con el empleado	Otra Cobertura Medica		Tipo de Seguro	Nombre y No. de Póliza del Titular del Certificado	Nombre y No. de Póliza del Proveedor del Seguro	Fechas de Cobertura Inicio / Fin	Razones para la Terminación	Tipo y Fecha de la Adquisición	Fecha de recepción del aviso inicial escrito
		Si	No							
Empleado: 1.	El / Ella Mismo									
Cónyuge: 2.	Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/>									
Hijos: (Por edad comenzando con el o la mayor) 3.	Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>									
4.	Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>									
5.	Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>									
6.	Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>									
7.	Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>									
8.	Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/>									

FIRMA

Yo certifico que la información anterior es verdadera, correcta y completa a mi mejor entendimiento y reconozco que cualquier cobertura emitida por el Plan será emitida basándose en esta información. Estoy consciente que cualquier miembro(s) familiar incluyéndome a mi, si me estoy inscribiendo debe aparecer en un formulario de "Solicitud de Membresía". Si alguna información provista por mi en este acuerdo resulta falsa, incorrecta 0 incompleta, el Plan tendrá el derecho de declarar mi contrato nulo y sin validez y negar cobertura de cualquier reclamo incurrido.

Firma del Empleado: _____ Fecha en que firma: _____

"Este formulario traducido al español es provisto como cortesía. En caso de discrepancia entre esta versión del formulario y su versión en ingles, la versión en ingles prevalecerá."