

Sección del empleador/To Be Completed by Employer	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete <input type="checkbox"/> Change Name/Address <input type="checkbox"/> Cancel <input type="checkbox"/> Date of Change		
Group Specifics	Reason for Application <input type="checkbox"/> New Group Plan <input type="checkbox"/> Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> New Hire <input type="checkbox"/> Status Change _____ <input type="checkbox"/> Life event/date _____ <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Date of Hire _____	Product Selection Health <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Life <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No \$ _____ Dep Life <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Vision <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other _____	Employee Type Active <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No COBRA./St Cont <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hourly <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Salary <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Union <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Non-Union <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other _____

A. Información del empleado

Nombre	Inicial 2º nombre	Apellidos	Número de Seguro Social	Teléfono en casa	Teléfono en el trabajo
Dirección	Apt. No.	Ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico

B. Información familiar

Incluya a todos los que desea inscribir. (Adjunte una hoja en caso necesario.) Estado civil Soltero(a) Casado(a)

Apellidos	Nombre	Inicial 2º nombre	Sexo	Parentesco**	Fecha de nac.	Estatura	Peso	Estudiante de tiempo completo	Médico* (nombre y apellidos)
Empleado			M F	Sí mismo(a)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			M F	Cónyuge/ Compañero(a) perm.					
			M F						

*NOTA IMPORTANTE: Utilice el Directorio de médicos y proveedores de UnitedHealthcare para elegir a un médico de atención primaria, tanto para usted como para cada uno de los dependientes con cobertura sólo de UnitedHealthcare Select y Select Plus. **Para un dependiente designado por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Para obtener más información sobre la admisión como estudiante de tiempo completo, consulte a un representante del empleador. Si el dependiente no reside con el empleado que cumple los requisitos para inscribirse, proporcione la dirección en una hoja distinta.

C. Selección de productos

(Marque todos los que correspondan.)*

Persona	Seg. médico	Seg. de vida	De vida comp.	Comp. por muerte accid. y desmemb.	Seg. dental	Atención de la vista	[Incap. corto plazo]	[Incap. largo plazo]	Número de plan de opción doble
Empleado		\$	\$	\$					
Cónyuge		\$							
Dependientes		\$							

*La oferta de beneficios depende de la selección del empleador. Nombre completo y dirección del beneficiario del seguro de vida Parentesco

D. Otra información sobre la cobertura

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha recibido alguna de las personas de esta solicitud beneficios médicos, incluida la cobertura de UnitedHealthcare, durante los últimos 2 años?	Fechas de la cobertura	Nombres de los familiares cubiertos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuenta usted o alguno de sus dependientes con la cobertura de Medicare?	Motivo <input type="checkbox"/> Más de 65 años <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Enfermedad renal	Cobertura de la Parte <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
En caso afirmativo, indique el nombre del beneficiario de Medicare.	Fecha de vigencia de Medicare	Número de reclamación

E. Renuncia de la cobertura

Renuncio a la cobertura para: <input type="checkbox"/> mí y todos mis dependientes <input type="checkbox"/> mi cónyuge <input type="checkbox"/> mis hijos dependientes	Renuncio a la cobertura porque ya tengo otro tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Plan del empleador de mi cónyuge <input type="checkbox"/> Plan individual <input type="checkbox"/> Cobertura de Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> COBRA del empleador anterior <input type="checkbox"/> Elegibilidad en la Administración de veteranos <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No tengo/tenemos otra cobertura en este momento.	Entiendo que si renuncio a la cobertura en este momento, no tendré derecho a participar a menos que haya un cambio en mi vida, en el siguiente período de inscripción abierta o como un solicitante fuera de plazo, si corresponde. También entiendo que es posible que se apliquen algunas limitaciones a condiciones preexistentes, como se describe en el folleto de derechos y responsabilidades que se me entregó junto con este formulario.		
		<table border="1"> <tr> <td>Iniciales del empleado</td> <td>Fecha</td> </tr> </table>	Iniciales del empleado	Fecha
Iniciales del empleado	Fecha			

F. Firma

Autorizo a UnitedHealthcare Insurance Company y sus filiales ("la Compañía y sus filiales") para que obtengan, utilicen y divulguen mis expedientes médicos, de reclamaciones o relativos a mis beneficios de los últimos 5 años, incluida aquella información médica que me identifica a nivel personal y que aparece en dichos expedientes. Entiendo que es posible que estos expedientes contengan información creada por otras personas o entidades (incluidos los proveedores de atención médica), así como información acerca del consumo de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (con excepción de notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios médicos de reproducción. Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, gerente de beneficios de farmacia, otra compañía aseguradora o reaseguradora, hospital, clínica u otra instalación médica, centro de intercambio de información del cuidado de la salud, así como cualquiera de sus filiales, representantes o socios comerciales, para divulgar mi información a la Compañía y sus filiales. Entiendo que el propósito de divulgar y utilizar mi información es permitir que la Compañía y sus filiales tomen decisiones relativas a elegibilidad, inscripción, seguros y clasificación de riesgo de las primas. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Sin embargo, es posible que mi negativa no me permita inscribirme en el plan de salud ni recibir beneficios, según lo permitido por la ley. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito enviada a la Compañía y sus filiales a la dirección proporcionada, salvo que ya se haya iniciado una acción derivada de dicha autorización.

F. Firma (continúa)

Asimismo, entiendo que es posible que la información que autorizo en favor de una persona o entidad puede volverse a divulgar y ya no estará protegida por las normas de privacidad federales. A menos que la cancele con anticipación, esta autorización vence 30 meses después de la fecha en que la firme. Entiendo que ésta es una

solicitud conjunta de seguro de vida y médico y que todas mis respuestas deben ser completas y precisas. Solicito/Solicitamos la cobertura médica de grupo indicada para mí y, si el plan lo permite, para mis dependientes. Autorizo que se deduzcan de mi sueldo las contribuciones de primas necesarias. No he/hemos proporcionado a ningún agente u otra persona ninguna información médica no incluida en la solicitud. Entiendo/Entendemos que la Compañía y sus filiales no están obligadas por ninguna declaración que haya/hayamos hecho a algún agente u otras personas si dichas declaraciones no están escritas o impresas en esta solicitud o en alguna de las hojas adjuntas. Tengo la obligación continuada de notificar los cambios en el estado de salud (es decir, consejos médicos, diagnósticos, atención o tratamiento recibidos) una vez que haya firmado el formulario de inscripción y antes de recibir la tarjeta de identificación. Conserve una copia de esta autorización para sus archivos.

Fecha	Firma del empleado para todos los que solicitan o renuncian a la cobertura	Firma del/de la cónyuge (si corresponde)
-------	--	--

G. Historial clínico

Nombre del empleado _____ No. de Seguro Social _____ Nombre del grupo _____

¿Ha recibido usted —o cualquier persona incluida en la sección B “Información familiar” de este formulario— asesoramiento, exámenes o tratamientos por parte de algún especialista de atención médica durante los últimos 5 años por alguna enfermedad, lesión o condición médica conforme a las categorías que aparecen más adelante? En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y añada las explicaciones que sean convenientes. **Tenga presente que si omite o tergiversa la información, podremos dar por terminada o no renovar su cobertura, o bien hacer cambios a su prima.**

1A Cáncer/Tumor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Otros _____
1B Corazón/Sistema circulatorio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Nivel elevado de colesterol/Triglicéridos <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Úlcera cutánea <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Várices <input type="checkbox"/> Otros _____
1C Sistema reproductivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Está embarazada en la actualidad? (fecha prevista____) <input type="checkbox"/> Parto múltiple previsto (#____) <input type="checkbox"/> Complicaciones del embarazo (presentes o pasadas) <input type="checkbox"/> Enfermedades de los pechos <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Otros _____
1D Sistema intestinal/Endocrino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pancreatitis crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad del colon <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Vesícula biliar <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> Hernia hiatal/Reflujo <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Hormonas de crecimiento <input type="checkbox"/> Otros _____
1E Sistema cerebral/Nervioso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Jaqueca <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Ataques de apoplejía/ Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Otros _____
1F Sistema inmunológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> VIH+ <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Otros _____
1G Sistema respiratorio/Pulmones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Otros _____
1H Sistema ocular y otorrinolaringológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Neuroma acústico <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Infecciones de oído crónicas <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica <input type="checkbox"/> Labio leporino/Paladar hendido <input type="checkbox"/> Tabique desviado <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía <input type="checkbox"/> Otros _____
1I Sistema urinario/Renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Piedras en el riñón <input type="checkbox"/> Vejiga neurógena <input type="checkbox"/> Enfermedad poliquística renal <input type="checkbox"/> Enfermedad de la próstata <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Otros _____
1J Sistema muscular/Óseo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Artritis (osteoartritis o artritis reumatoide) <input type="checkbox"/> Disco protuberante o herniado <input type="checkbox"/> Lesión de articulaciones <input type="checkbox"/> Enanismo pituitario <input type="checkbox"/> Tirón o contractura muscular <input type="checkbox"/> Espina Bífida <input type="checkbox"/> Otros problemas de la espalda o el cuello <input type="checkbox"/> Otros _____
2 Salud mental/Abuso de sustancias químicas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar/Depresión maníaca <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Otros _____
3 Trasplante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médula ósea <input type="checkbox"/> Posible trasplante en el futuro <input type="checkbox"/> Órgano
4 Medicación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicación actual <input type="checkbox"/> Medicación durante el último año
5 Otros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Resultados físicos o analíticos anormales <input type="checkbox"/> Condición o trastorno congénito no mencionado anteriormente <input type="checkbox"/> Se ha planteado o recomendado un tratamiento o intervención quirúrgica pero todavía no se ha realizado <input type="checkbox"/> Cambio de peso sin una razón aparente
6 Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Alguno de los solicitantes ha sido fumador de algún tipo de tabaco en los últimos 12 meses? Nombre _____

Proporcione más información en este espacio (Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja aparte, que deberá estar firmada y fechada.)

No. de pregunta	Nombre de la persona	Condición/Diagnóstico	Tratamiento/Complicaciones	Nombre del médico	Fechas de tratamiento	Pronóstico

Autorizo que se deduzcan de mi sueldo las contribuciones de las primas que sean necesarias. Al completar esta solicitud:

Autorizo/Autorizamos a todos los proveedores de servicios o suministros médicos y a todos sus representantes para proporcionar la información siguiente a las compañías aseguradoras u organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO): todos los datos disponibles sobre el historial clínico, el estado de salud o el tratamiento de cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud.

Autorizo/Autorizamos a las compañías aseguradoras u organizaciones para el mantenimiento de la salud para que utilicen esta información con el propósito de determinar la elegibilidad de la cobertura médica y de los beneficios de una póliza determinada.

También autorizo/autorizamos a las compañías aseguradoras u organizaciones para el mantenimiento de la salud para que faciliten esta información a sus representantes o a cualquier otra organización por el motivo expuesto anteriormente. Acepto/Aceptamos que esta autorización es válida durante 30 meses a partir de la fecha de esta solicitud, o hasta la fecha en la que ya no cuente/contemos con cobertura conforme a la(s) póliza(s), lo que suceda primero.

Conozco/Conocemos mi/nuestro derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que el Certificado de cobertura o la Breve descripción del plan, así como otros documentos, avisos y comunicados referentes a mi cobertura, pudieran ser transmitidos por medio de un sistema electrónico.

No he/hemos proporcionado a ningún agente u otra persona ninguna información médica no incluida en la solicitud. Entiendo/Entendemos que las compañías aseguradoras u organizaciones para el mantenimiento de la salud no están obligadas por ninguna declaración que haya/hayamos hecho a algún agente u otras personas si dichas declaraciones no están escritas o impresas en esta solicitud o en alguna de las hojas adjuntas.

Tengo la obligación continua de notificar los cambios en el estado de salud (es decir, consejos médicos, diagnósticos, atención o tratamiento recibidos) una vez que haya firmado el formulario de inscripción y antes de recibir la tarjeta de identificación.

CONFIDENCIALIDAD

Asegúrese de que su empleador haya completado la sección llamada “Sección del empleador/To be completed by the employer” del formulario de inscripción antes de empezar a completar la parte que le corresponde a usted. Si no desea compartir su información médica personal contenida en este formulario con personas ajenas a UnitedHealthcare así como sus filiales y representantes para propósitos de inscripción y de otro tipo según lo permita la ley, puede completar todo el formulario de inscripción y posteriormente insertarlo y sellarlo dentro de un sobre antes de devolverlo a su empleador o representante.



Información importante

Creemos que debe entender cómo funciona el plan y cómo le puede afectar para tomar decisiones sobre la cobertura y el tratamiento médico adecuados para usted. En un entorno en constante cambio, la información nunca puede ser completa, por lo que le instamos a ponerse en contacto con nosotros si la información de la Breve descripción del plan, el Certificado de cobertura u otros materiales no responde a sus preguntas. Puede obtener más información en www.myuhc.com.

1. No ofrecemos servicios médicos ni participamos en las decisiones de tratamiento. Lo que hacemos es financiar y/o administrar el plan de beneficios médicos en el que está inscrito. Esto significa lo siguiente:

- Decidimos si el plan de beneficios médicos que haya seleccionado le reembolsará por la atención que haya recibido.
 - No decidimos qué tipo de atención necesita o debe recibir. Son usted y su médico quienes deben decidir estas cuestiones.
- 2.** Es posible que celebremos acuerdos con otros organismos para que se hagan cargo de algunas de nuestras responsabilidades, pero dichos organismos tienen la obligación de proceder de acuerdo con el compromiso que nosotros asumimos con su plan.

3. Tenemos contratos con redes de médicos y otros proveedores. Nuestro proceso de revisión de las credenciales confirma la información de dominio público acerca de las licencias y demás credenciales de los proveedores, pero no garantiza la calidad de los servicios que usted reciba.

4. Los médicos y otros proveedores de nuestras redes son contratistas independientes y no son nuestros empleados ni agentes. No controlamos

los tratamientos o planes de su médico, ni tenemos derecho a hacerlo.

5. Es posible que celebremos un acuerdo con su médico u otro proveedor para compartir con ellos los ahorros en los costos que resultan de nuestra manera de trabajar. Animamos a los proveedores de nuestra red a que le expliquen la naturaleza de dichos acuerdos, pero, si no lo hacen, lo invitamos a usted a que le pregunte a su médico sobre este tema.

6. También animamos a los médicos a que hablen con usted acerca de la atención médica que usted o su médico considere valiosa.

Condiciones preexistentes – Esta sección no se aplica a los servicios de salud dentro de la red proporcionados por medio de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO).

Si usted o sus dependientes cubiertos han recibido asesoría, atención o tratamientos médicos con respecto a una lesión o enfermedad antes de iniciarse la cobertura o un período de espera conforme a su plan de salud, es posible que dicha lesión o enfermedad se considere como condición preexistente.

Las leyes estatales y/o federales establecen que un plan médico de grupo puede determinar si hay una condición preexistente dentro de un período de hasta seis meses anteriores a la fecha de inicio de la cobertura o, si es antes, la fecha en la que inicie el período de espera. Es posible que el plan médico de grupo no otorgue beneficios para condiciones preexistentes por hasta 12 meses a partir de la fecha anterior. Cuando la condición preexistente sea una enfermedad mental grave u otro trastorno mental, es posible que el plan médico de grupo no otorgue beneficios por hasta 12 meses a partir de la fecha anterior o la fecha en la que quedó inscrito para recibir la cobertura conforme a la póliza por un período de 60 días, lo que suceda primero. El

embarazo no es una condición preexistente. Una condición preexistente no se aplicará a niños recién nacidos, adoptados o puestos en adopción antes de cumplir 18 años de edad si se inscribe al niño en un plan dentro de los 30 días posteriores a su nacimiento, adopción o asignación en adopción. La información genética no se considera como condición preexistente, a menos que exista un diagnóstico específico que se relacione con dicha información.

Las leyes estatales y/o federales establecen que el plan médico de grupo debe reducir el período de exclusión para una condición preexistente en un número de días igual a los que usted o sus dependientes estuvieron cubiertos por planes médicos anteriores, a menos que haya existido una interrupción considerable en la cobertura. Si hubo una interrupción en la cobertura de usted o sus dependientes de 63 días o más (incluso si se trata de niños recién nacidos, adoptados o puestos en adopción), la cobertura de planes anteriores no se podrá utilizar para reducir el período de exclusión para una condición preexistente. Para determinar si hubo una interrupción de la cobertura de 63 días o más, los planes no podrán incluir un período de espera que usted o sus dependientes hubieran tenido que cumplir. Para poder tomar en cuenta la cobertura previa de otros planes de salud (y por lo tanto disminuir o eliminar cualquier exclusión de condición preexistente), debe mostrar una constancia de dicha cobertura previa. Usted tiene derecho a solicitar un certificado de veracidad de cobertura previa a su empleador o compañía aseguradora anterior. De ser necesario, UnitedHealthcare lo ayudará a obtener esta información.

Declaración de afirmación y autorización para obtener y divulgar información relacionada con la elegibilidad de la cobertura médica

Entiendo que estoy llenando una solicitud conjunta de seguro de vida y médico y que cada respuesta debe ser completa y exacta.

Solicito/Solicitamos la cobertura médica y/o de seguro de vida de grupo indicada para mí y, si el plan lo permite, para mis dependientes.