

Formulario de Inscripción del Empleado



Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan.

Nombre/Número del Grupo

To Be Completed by Employer

Requested Effective Date of Coverage/Date of Change / /

Date of Hire / /	Reason for Application <input type="checkbox"/> New Group Plan <input type="checkbox"/> Life Event/Date _____ <input type="checkbox"/> Status Change _____ <input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete <input type="checkbox"/> Change Name/Address <input type="checkbox"/> Other _____	Employee Type (Check all that apply) <input type="checkbox"/> New Hire <input type="checkbox"/> Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Late Enrollee <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> COBRA/State Continuation Start dt ____/____/____ End dt ____/____/____ <input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union <input type="checkbox"/> Retired
Position/Title		
Hours Worked per week		
Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary		

A. Información del Empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Número del Seguro Social	Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo
Dirección	Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma de preferencia si no habla inglés
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Médico* (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.		Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.	

B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Sexo	Parentesco**	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico* (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Consumió Tabaco
			M	Cónyuge							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								

*IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos sólo para productos que requieran designación de Médico de Atención Primaria. **En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

C. Selección de Productos

Por favor, marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja.

Dual Option Plan Seleccionado

Persona	Médico	Dental	Vista	Vida/Cantidad	De Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Médico	Dental
Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida

Parentesco

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":

Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of Florida, Inc. o Neighborhood Health Partnership, Inc.

Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of Florida, Inc. o Neighborhood Health Partnership, Inc.

Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

D. Información sobre su Cobertura Médica Anterior Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior.

Dentro de los últimos 12 meses, ¿han tenido usted, su cónyuge o sus dependientes cualquier otra cobertura médica?

NO SÍ (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior _____ Fecha de vigencia ___/___/___ Fecha de término ___/___/___

Tipo de cobertura anterior: Empleado Cónyuge Hijo(s) Familia

E. Otra Información de Cobertura Médica Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)

El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare? SÍ (continúe completando esta sección) NO (omite el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora _____

Información sobre otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada en Vigencia MM/DD/AA	Fecha de Término MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para la otra cobertura
Empleado:				
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

* B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos del mismo.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente.

Medicare – Información del Empleado: Si está inscrito en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia _____ Inelegible para la Parte A* No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)**

Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia _____ Inelegible para la Parte B* No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)**

Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia _____ Inelegible para la Parte D* No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)**

Razón para la elegibilidad para Medicare: Mayor de 65 años Enfermedades Renales Discapacitado Discapacitado pero está activo en el trabajo
 ¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)? SÍ NO Fecha de inicio ___/___/___

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: _____

Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia _____ Inelegible para la Parte A* No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)**

Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia _____ Inelegible para la Parte B* No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)**

Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia _____ Inelegible para la Parte D* No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)**

Razón para la elegibilidad para Medicare: Mayor de 65 años Enfermedades Renales Discapacitado Discapacitado pero está activo en el trabajo

*Sólo marque "Inelegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

** Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponde.

F. Renuncia de Cobertura

Rechazo cobertura para:

- Mí Mismo/a
- Cónyuge
- Hijos Dependientes
- Mí Mismo/a y para todos mis dependientes

Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra:

- Plan de la Empresa del Cónyuge Plan Individual
- Cubierto por Medicare Medicaid
- COBRA de la Empresa Anterior Elegibilidad para VA
- Tri-Care
- Yo (nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento
- Otro _____

Comprendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.

Fecha _____ Firma del Empleado si renuncia a la cobertura _____

G. Firma

Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de atención de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus afiliados, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliadas. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi habilidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y sus Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y sus Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (solicitamos) la cobertura médica grupal indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi credencial de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Si existe una discrepancia entre la versión en inglés y la versión en español, prevalecerá la versión en inglés.

Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presenta una solicitud o una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de delito de tercer grado.

Fecha	Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura	Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura)
-------	---	--

H. Información del Censo (opcional)

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

1. Raza, marque todas las que correspondan: Blanco Afroamericano, Negro Nativo de Hawai, de otra Isla del Pacífico Asiático
 Indioamericano, Nativo de Alaska Otra raza, por favor especifique _____

2. ¿Es usted hispano o latino? Sí No