

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 | Employee Type (Check all that apply) | |
| Position/Title | <input type="checkbox"/> New Group Plan | <input type="checkbox"/> New Hire | |
| Hours Worked per week | <input type="checkbox"/> Life Event/Date | <input type="checkbox"/> Annual | |
| Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary | <input type="checkbox"/> Status Change | <input type="checkbox"/> Open | |
| | <input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete | <input type="checkbox"/> Enrollment | |
| | <input type="checkbox"/> Change Name/Address | <input type="checkbox"/> Late | |
| | <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> 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 | |

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"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/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 |
| | | | F | Cónyuge | | | | | | | <input type="checkbox"/> No |
| | | | M | Dependiente | | | | <input type="checkbox"/> Sí | | | <input type="checkbox"/> Sí |
| | | | F | Dependiente | | | | <input type="checkbox"/> No | | | <input type="checkbox"/> No |
| | | | M | Dependiente | | | | <input type="checkbox"/> Sí | | | <input type="checkbox"/> Sí |
| | | | F | Dependiente | | | | <input type="checkbox"/> No | | | <input type="checkbox"/> No |
| | | | M | Dependiente | | | | <input type="checkbox"/> Sí | | | <input type="checkbox"/> Sí |
| | | | F | Dependiente | | | | <input type="checkbox"/> No | | | <input type="checkbox"/> No |

* IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para los productos que requieren la designación de Médico Primario. ** 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. 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.

| Persona | Médico | Dental | Vista | Vida/Cantidad | De Vida Sup. | AD&D Sup. | STD | LTD | Dual Option Plan Seleccionado | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------|
| | | | | \$ _____ | | | | | 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. Antecedentes Médicos

Nombre del Empleado _____ N° del Seguro Social _____ Nombre del Grupo _____

Por favor, responda a las siguientes preguntas, a su leal saber y entender, sobre usted y sobre cada persona indicada en la Sección B "Información de la Familia" en la primera página de este formulario. Por favor, responda en forma completa y verdadera. **Por favor, tenga presente que si deja información fuera o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima, retroactiva a la fecha en que su póliza entró en vigencia.**

Sí No Durante los últimos 5 años, usted o cualquier miembro de su familia descrito en esta solicitud ¿ha sido diagnosticado o tratado por un proveedor médico con licencia para cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, trastornos mentales/nerviosos, defectos congénitos de nacimiento, trasplantes de órganos o de otro tipo, hemofilia, enfermedades hepáticas, renales, pulmonares, cardíacas/del sistema circulatorio?; o alguno ¿se ha sometido a cirugía o ha incurrido en reclamos por gastos médicos/de farmacia que excedan los \$5,000?; o ¿a alguna le ha diagnosticado un proveedor médico con licencia que está actualmente embarazada?

Si la respuesta es sí, por favor, brinde detalles en la página siguiente.

Por favor, detalle todas las respuestas afirmativas anteriores.

(Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte y no deje de fechar y firmar la hoja.)

| Persona | Condición/Diagnóstico | Tratamiento/Medicamentos | Nombre del Médico | Fechas de Tratamiento | Pronóstico |
|---------|-----------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| G. Renuncia de Cobertura | | Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra: <input type="checkbox"/> Plan de la Empresa del Cónyuge <input type="checkbox"/> Plan Individual <input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> COBRA de la Empresa Anterior <input type="checkbox"/> Elegibilidad para VA <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento. <input type="checkbox"/> 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. |
| Rechazo cobertura para: <input type="checkbox"/> Mí Mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos Dependientes <input type="checkbox"/> Mí Mismo/a y para todos mis dependientes | | | |

| | |
|-------|---|
| Fecha | Firma del Empleado si renuncia a la cobertura |
|-------|---|

H. 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 de grupo 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, presente una solicitud o una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de delito mayor en tercer grado.

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

I. 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