

Formulario de Solicitud de Inscripción y Cambio

LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO.

1 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO															
Apellido		Nombre		Inicial del 2° Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento		Número del Seguro Social		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado				
Dirección Particular				Ciudad			Estado		Código Postal		Teléfono Residencial ()				
Nombre de la Empresa				División/Ubicación		<input type="checkbox"/> A Tiempo Completo <input type="checkbox"/> A Tiempo Parcial		<input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Sin Sindicato		<input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Sueldo		<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado (Fecha)		Teléfono del Trabajo ()	

2 TIPO DE COBERTURA MÉDICA	
<input type="checkbox"/> Opciones/PPO (1) <input type="checkbox"/> Indemnización Administrada (3) <input type="checkbox"/> Choice Plus/Open Access (2) <input type="checkbox"/> Plan de Indemnización (4)	
<input type="checkbox"/> Rechazo cobertura para mí mismo <input type="checkbox"/> Rechazo cobertura para mis dependientes	
<i>*Nota: Si usted rechaza la cobertura para usted o sus dependientes debido a que tiene una cobertura bajo otra cobertura de salud, debe llenar esta sección. No hacerlo podría provocar que usted o sus dependientes sean considerados como personas inscritas tardíamente si se inscribe en este plan en una fecha posterior.</i>	
Razón: <input type="checkbox"/> cubierto bajo otro plan <input type="checkbox"/> Otros: _____ (consulte las secciones 7 y 8)	

3 ¿QUIÉN DEBE ESTAR CUBIERTO?	
<input type="checkbox"/> Sólo el Empleado <input type="checkbox"/> Empleado Más Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado Más Un Dependiente <input type="checkbox"/> Empleado Más Hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado Más Familia	

4 TIPO DE CAMBIO	
<input type="checkbox"/> Agregar Cónyuge/Hijo (llene la Sección 5) <input type="checkbox"/> Reestablecimiento – Razón _____ <input type="checkbox"/> Cancelar Cónyuge/Hijo (llene la Sección 5) <input type="checkbox"/> Dirección (ingrese arriba) <input type="checkbox"/> Cónyuge Superviviente – N° del Seguro Social del Ex-Empleado _____ <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre (llene la Sección 5) <input type="checkbox"/> Continuación en COBRA – N° del Seguro Social del Ex-Empleado _____ <input type="checkbox"/> Cancelar Toda la Cobertura – Razón _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	

5 INFORMACIÓN DE COBERTURA										
(A) Agregar (C) Cancelar (CMB) Cambiar		Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Código Postal	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo	Otro Seguro Médico	Incapacitado	¿Es Estudiante a Tiempo Completo Mayor de 19 años?
	Empleado									
	Cónyuge						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
	Hijo 1						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
	Hijo 2						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
	Hijo 3						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

6 OTRO SEGURO		
El día que comience la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan Médico de Salud u otra póliza, incluyendo otro plan de United HealthCare o Medicare?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Es otra persona legalmente responsable de la cobertura de sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si respondió “sí” a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente, llene lo siguiente:		
Nombre de la Persona con Otro Plan de Salud		Número del Seguro Social
Fecha de Nacimiento	Sexo	Nombre de la Otra Compañía y Teléfono
Número de Póliza de la Otra Compañía y Fecha de Vigencia		
Número de Medicare	Fecha de Vigencia de la Parte A	Fecha de Vigencia de la Parte B

7 AUTORIZACIÓN	
En nombre mío y de cualquier otra persona inscrita o agregada en este formulario (“Nosotros”), autorizo a cualquier profesional o entidad de atención de la salud entregarle a United HealthCare y a sus afiliados (y a la empresa) o a cualquiera de sus designados, cualquier y todos los registros o información relacionados con los antecedentes médicos o los servicios prestados a Nosotros para cualquier propósito administrativo, incluyendo la evaluación de una solicitud o reclamo, y para cualquier propósito analítico o de investigación. También autorizo en nombre de Nosotros el uso de un Número del Seguro Social para propósitos de identificación. Comprendo y acepto que cualquier omisión o declaración incorrecta que se haga en esta solicitud puede invalidar mi cobertura o la de mis dependientes. Comprendo también que la cobertura se hará efectiva sólo en la fecha especificada por la Compañía de Seguros o el Administrador del Plan después de que haya sido aprobada por la Compañía de Seguros o el Administrador del Plan y después de que se haya pagado el total de la prima. Al firmar este formulario, por medio del presente certifico que toda la información entregada es verdadera y correcta. Si mi plan para los empleados es un plan de aportes, ordeno a mi empresa deducir de mi pago el monto de cualquier aporte obligatorio. Puedo cancelar esta orden por escrito en cualquier momento.	
AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN	
Comprendo que si yo o mis dependientes, si los tuviera, renunciamos a la cobertura y deseamos participar en el plan en una fecha posterior, la cobertura puede estar sujeta al tratamiento de una persona inscrita tardíamente. Entiendo también que si rechazo la inscripción para mí mismo o para mis dependientes (incluyendo mi cónyuge) debido a otra cobertura de salud, puedo, en el futuro, inscribirme o inscribir a mis dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro del plazo de 30 días posterior a la finalización de dicha cobertura. Además, si se crea una nueva relación de dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción. Health Insurance or medical services benefits provided or administered by United HealthCare Insurance Company, Minneapolis, MN.	
X Firma	Fecha

8 TO BE COMPLETED BY EMPLOYER							
Date of Hire	Date Submitted	Health/Change Eff. Date	Policy Number	GRP/SUBGRP/BNFT GRP	Plan Variation/Sub	Reporting Code/Branch	Employer Signature

Formulario de Solicitud de Inscripción y Cambio

INSTRUCCIONES

Use este formulario y siga las instrucciones para cada sección a continuación. Asegúrese de que se llenen todos los campos aplicables de manera completa y precisa.

Marque la casilla correspondiente para indicar si se inscribe por primera vez o está haciendo un cambio.

SECCIÓN 1Llene toda la información.

SECCIÓN 2Marque el plan de cobertura de su preferencia (Asegúrese de verificar con su empresa para ver cuáles planes le ofrecen).

SECCIÓN 3Seleccione quién debe estar cubierto en los planes.

SECCIÓN 4Llene esta sección si está haciendo un cambio. Seleccione la casilla que indica el tipo de cambio que está haciendo.

SECCIÓN 5Llene con el código de acción correspondiente para completar este formulario:

A = Para agregar a un dependiente a su plan de beneficios

C = Para cancelar su cobertura o la de un dependiente

CMB = Para hacer cambios en su información o en la de un dependiente

Escriba con letra de imprenta su nombre completo y los nombres de sus dependientes cubiertos, si los tuviera. Si cualquier miembro mencionado tiene otro plan de salud, marque la casilla Otro Seguro y llene la Sección 6. Ingrese el código postal, la fecha de nacimiento y el sexo de cada dependiente y marque las casillas correspondientes indicando si un dependiente está incapacitado o es un estudiante a tiempo completo. (Si tiene más de 4 dependientes, adjunte un formulario de inscripción adicional.)

SECCIÓN 6Se debe llenar esta sección para todas las inscripciones nuevas o para cambios de cobertura.

SECCIÓN 7El empleado debe firmar y fechar este formulario para que se procese.

SECCIÓN 8El representante de beneficios de la empresa debe llenar esta sección.