

SOLICITUD UNIFORME DEL EMPLEADO DE COLORADO PARA PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD DE GRUPOS DE PEQUEÑAS EMPRESAS/COLORADO UNIFORM EMPLOYEE APPLICATION FOR SMALL GROUP HEALTH BENEFIT PLANS

Este formulario está diseñado para la solicitud inicial de cobertura de un empleado. Para determinar si se debe usar este formulario en otras situaciones una vez que el grupo esté inscrito con la compañía de seguros, comuníquese con su agente o con la compañía de seguros./This form is designed for an employee's initial application for coverage. Please contact your agent or the carrier to determine if this form should be used in other situations once the group is enrolled with the carrier.

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA/COVERAGE INFORMATION

Tipo de solicitud/ Application Type:	<input type="checkbox"/> Nueva cobertura/ New Coverage	<input type="checkbox"/> Cambio/modificación de póliza existente/ Change/Modification to Existing Policy	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta/ Open Enrollment	<input type="checkbox"/> Inscripción especial*/ Special Enrollment*
Evento que califica para el Período de Inscripción Especial/Special Enrollment Period Qualifying event:				
<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura/Loss of Coverage <input type="checkbox"/> Nacimiento/adopción/puesta en adopción/Birth/Adoption/Placement for Adoption <input type="checkbox"/> Matrimonio/Marriage <input type="checkbox"/> Otro/Other: _____ Fecha del evento/Date of Event: _____				

* Se requerirá comprobante de requisitos de participación para la inscripción especial – se puede encontrar información sobre los períodos de inscripción especial en/* Proof of eligibility for special enrollment will be required – information on special enrollment periods is available at: <https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance>

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR/EMPLOYER INFORMATION

Nombre del empleado/ Employee Name:	Nombre del empleador/ Employer Name:
Fecha de vigencia propuesta/ Proposed Effective Date:	Número del grupo (si se conoce)/ Group Number (if known):

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/EMPLOYEE INFORMATION

Instrucciones para el empleado: Escriba en letra de molde con tinta negra o azul. Llene toda la solicitud para cada persona que solicita cobertura./
Employee Instructions: Please type or print using black or blue ink. Please fill out the entire application for each person for whom coverage is being sought.

Nombre/ First Name:	Inicial del 2.º nombre/ Middle Initial:	Apellido/ Last Name:		Edad actual/ Current Age:	Sexo/Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
N.º del Seguro Social/n.º de ID fiscal/n.º ID alt./SSN/TIN/ALT ID #: No llenar este campo no será motivo para denegar una solicitud de cobertura/Not filling out this field shall not be a reason to deny an application for coverage		Fecha de nacimiento/ Date of Birth:	/ /		
Dirección física/ Physical Address:			Ciudad/ City:		
Condado/ County:	Estado/ State:	Código postal/ Zip:			
Dirección postal (si es diferente, puede ser casilla postal)/ Mailing Address (if different, can be P.O. Box):			Ciudad/ City:		
Condado/ County:	Estado/ State:	Código postal/ Zip:			
Teléfono residencial/ Home Phone:	Teléfono alternativo/ Alternate Phone:	Correo electrónico/ Email:		Casa/Home	Trabajo/Work
¿Primer día de empleo?/ First day of employment?	¿Cuántas horas, en promedio, trabaja por semana?/ How many hours, on average, do you work each week?		Teléfono del trabajo/ Work Phone:		
Marque una de las siguientes opciones sobre usted/Are you (check one): <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Conviviente civil/Civil Union <input type="checkbox"/> Separado legalmente/Legally Separated <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Beneficiario designado/Designated Beneficiary <input type="checkbox"/> Viudo/Widow/Widower <input type="checkbox"/> Derecho común/Common Law <input type="checkbox"/> Beneficiario designado - La compañía de seguros puede requerir una certificación de derecho común o de beneficiario designado/Designated Beneficiary - A common law or designated beneficiary certification may be required by the carrier					
¿Recibe COBRA o continuación de parte del estado?/ Are you on COBRA or State Continuation?	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio/ Start Date:	Fecha de finalización/ Stop Date:	

Cabe destacar que los indoamericanos y nativos de Alaska tienen una capacidad adicional de inscribirse en planes de beneficios de salud individuales conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio./It should be noted that American Indians and Alaskan Natives have an enhanced ability to enroll in individual health benefit plans under the Affordable Care Act.

Nombre del empleado/Employee Name:	Nombre del empleador/Employer Name:
------------------------------------	-------------------------------------

TIPO DE COBERTURA DE SALUD/TYPE OF HEALTH COVERAGE

Indique todos los dependientes (cónyuge/pareja e hijos) que solicitan la cobertura. Si necesita más espacio, use una hoja aparte y adjúntela a esta solicitud (escriba su nombre en letra de molde y firme y feche la hoja adicional)./List all dependents (spouse/partner and child(ren)) applying for coverage. If you need additional space, please use a separate sheet of paper and attach it to this application (please print your name and sign and date the additional sheet).

Elija el tipo de cobertura de seguro de salud que está solicitando/Please select the type of health insurance coverage for which you are applying:	<input type="checkbox"/> Solo el empleado/ Employee Only	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge/ Employee & Spouse	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo/ Employee & Child	<input type="checkbox"/> Empleado y familia/ Employee & Family
--	---	---	---	---

Nombre del plan elegido/Name of plan selected: _____

Información sobre dependientes - Indique todos los dependientes que solicitan cobertura/Dependent Information- List all dependents to be covered

Nombre (nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)/Name (First, MI, Last)	N.º del Seguro Social/n.º de ID fiscal/n.º ID alt. (se puede dejar en blanco)/SSN/TIN/ALT ID # (can leave blank):	Sexo/Gender	Relación/ Relationship	Discapacidad S/N/ Disability Y/N	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)/ Birth Date (MM/DD/YY)
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	CÓNYUGE/PAREJA/ SPOUSE/PARTNER	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo/Child <input type="checkbox"/> Dependiente/ Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo/Child <input type="checkbox"/> Dependiente/ Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo/Child <input type="checkbox"/> Dependiente/ Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	

CONSUMO DE TABACO/TOBACCO USE

Responda las siguientes preguntas a su leal saber y entender. 45 CFR 147.102(a)(1)(iv) "A los efectos de esta sección, consumo de tabaco significa consumir tabaco en promedio cuatro o más veces por semana en un plazo no mayor de los últimos 6 meses. Esto incluye todos los productos de tabaco, excepto que el consumo de tabaco no incluye el consumo en ceremonias o rituales religiosos. Además, el consumo de tabaco se debe definir en lo que respecta a cuándo se consumió un producto de tabaco por última vez."/Please answer the following questions to the best of your knowledge. 45 CFR 147.102(a)(1)(iv) "For purposes of this section, tobacco use means use of tobacco on average four or more times per week within no longer than the past 6 months. This includes all tobacco products, except that tobacco use does not include religious or ceremonial use of tobacco. Further, tobacco use must be defined in terms of when a tobacco product was last used."

¿Alguna de las personas nombradas en esta solicitud consumió tabaco o tabaco sin humo en los últimos 6 meses? Si respondió Sí, proporcione la información solicitada a continuación./Has anyone named in this application used tobacco or smokeless tobacco during the past 6 months? If yes, provide the information requested below.

Nombre de la persona/Name of Person	Consumió productos de tabaco/ Used Tobacco Products
	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No

Nombre del empleado/Employee Name:	Nombre del empleador/Employer Name:
------------------------------------	-------------------------------------

RENUNCIA A LA COBERTURA DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE/EMPLOYEE/DEPENDENT WAIVER OF COVERAGE

Llene esta sección SOLO si usted no se inscribirá ni inscribirá a su cónyuge/pareja o sus dependientes. Se debe indicar la renuncia de todos sus dependientes para que cumplan los requisitos de inscripción en este plan en caso de que cambien las circunstancias. Entiendo que cumplo los requisitos para solicitar la cobertura de salud de grupo a través de mi empleador. NO deseo, y por medio del presente documento renuncio a, la cobertura de salud de grupo para/Complete this section ONLY if you are not enrolling yourself or your spouse/partner or dependents. Waiver must be completed for all of your dependents to be eligible for enrollment on this plan in the event of changing circumstances. I understand that I am eligible to apply for group health coverage through my employer. I do NOT want, and hereby waive, group health coverage for:

	Nombre (apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)/Name (Last, First, MI)	Fecha de nacimiento/Birth Date <small>(Mes/día/año)/(Mo/Day/Year)</small>
Empleado/Employee		
Cónyuge/pareja/Spouse/Partner		
Dependiente 1/Dependent 1		
Dependiente 2/Dependent 2		
Dependiente 3/Dependent 3		
Dependiente 4/Dependent 4		
Dependiente 5/Dependent 5		
Dependiente 6/Dependent 6		

Renuncio a la cobertura de salud de grupo para mí mismo o los dependientes indicados anteriormente porque (marque todo lo que corresponda; es posible que se requiera una copia de la tarjeta de ID)/I am waiving group health coverage for myself and/or the dependents listed above because (check all that apply, copy of ID card may be required):	
<input type="checkbox"/>	Estoy cubierto por la póliza de grupo de mi cónyuge/pareja/I am covered under my spouse/partner's group policy
<input type="checkbox"/>	Mi cónyuge/pareja está cubierto por otro plan (incluido este plan, si el cónyuge/pareja también es un empleado)/My spouse/partner is covered under another plan (including this plan, if spouse/partner is also an employee)
<input type="checkbox"/>	Mis dependientes están cubiertos por otro plan/My dependents are covered under another plan
<input type="checkbox"/>	Deseo continuar con otra cobertura obtenida a través de un Plan Individual o Medicare/I wish to continue other coverage obtained through an Individual Plan or Medicare
Otro (explique)/ Other (Please explain):	

RENUNCIA: Certifico que me dieron la oportunidad de solicitar la cobertura de salud de grupo y me rehúso a inscribirme tal como indiqué anteriormente, en mi nombre y en nombre de mi cónyuge/pareja y mis hijos dependientes. Entiendo que al firmar esta renuncia, mi cónyuge/pareja y mis hijos dependientes y yo perdemos el derecho a la cobertura. No fui presionado, obligado ni inducido injustamente por mi empleador, el agente ni las compañías de seguros a renunciar o rechazar la cobertura de salud de grupo. Si en el futuro solicito cobertura, es posible que mi cónyuge/pareja y mis hijos dependientes y yo seamos considerados miembros fuera de plazo y estemos sujetos a la postergación de la cobertura durante un período de hasta 12 meses./WAIVER: I certify that I have been given the opportunity to apply for group health coverage and decline to enroll as indicated above, on behalf of myself, my spouse/partner and my dependent child(ren). I understand that by signing this waiver, I, my spouse/partner, and my dependent child(ren) forfeit the right to coverage. I was not pressured, forced or unfairly induced by my employer, the agent or the carrier(s) into waiving or declining the group health coverage. If in the future I apply for coverage, I, my spouse/partner, or any of my dependent child(ren) may be treated as a late enrollee and subject to postponement of coverage for up to 12 months.

Entiendo que, si rechazo la inscripción para mi cónyuge/pareja, mis hijos dependientes o para mí debido a otra cobertura de salud, en el futuro podré inscribirme e inscribir a mi cónyuge/pareja o mis hijos dependientes en este plan, según lo exija la ley, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo no mayor de 30 días después de haber finalizado mi otra cobertura de salud o de haber ocurrido un evento que califica. Si no solicito la inscripción en un plazo no mayor de 30 días después de los eventos indicados anteriormente, entiendo que no podré inscribirme en la cobertura hasta el período de Inscripción Abierta de mi compañía. Entiendo que puedo obtener información relacionada con los requisitos de participación que debo cumplir para inscribirme de mi empleador o compañía de seguros de salud para grupos de pequeñas empresas./I understand that if I am declining enrollment for myself, my spouse/partner, or my dependent child(ren) because of other health coverage, I may, in the future, be able to enroll myself, my spouse/partner, or my dependent child(ren) in this plan, as required by law, provided that I request enrollment within 30 days after my other health coverage ends or a qualifying event occurs. If I do not request enrollment within 30 days of the above events, I understand that I may not be able to enroll for coverage until my company's Open Enrollment period. I understand that I can obtain information related to my enrollment eligibility from my employer or small group health carrier.

Firma del empleado/Signature of Employee: _____ Fecha de la firma/Date Signed: _____

Nombre del empleado/Employee Name:	Nombre del empleador/Employer Name:
------------------------------------	-------------------------------------

INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE/MEDICARE INFORMATION

Si debe llenar esta sección para más de una persona, use una hoja aparte y adjúntela a esta solicitud (recuerde firmar y fechar la hoja adicional).
 Es posible que se requiera una copia de su tarjeta de ID./If you need to complete this section for more than one person, please use a separate sheet of paper and attach it to this application (please sign and date the additional sheet). A copy of your ID card may be required.

¿Usted, su cónyuge/pareja o sus hijos tienen estas coberturas?/Are you, your spouse/partner or your child(ren) covered by:

¿Parte A de Medicare?/ Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> No	¿Parte B de Medicare?/ Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> No	¿Parte D de Medicare?/ Medicare Part D?	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", indique la razón para tener Medicare./If "Yes," reason for Medicare:	<input type="checkbox"/> Mayor de 65 años/ 65+		Fecha de vigencia/ Effective Date:	<input type="checkbox"/> Discapacidad/Disability		Fecha de vigencia/ Effective Date:		
	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)/ End-stage Renal Disease (ESRD)		Fecha de vigencia/ Effective Date:	<input type="checkbox"/> Discapacidad y Enfermedad Renal en Etapa Terminal/ Disability and ESRD		Fecha de vigencia/ Effective Date:		

Nombre de la persona cubierta por Medicare/Name of person covered by Medicare:

COBERTURA MÉDICA ACTUAL/CURRENT MEDICAL COVERAGE

¿Usted, su cónyuge/pareja o sus hijos dependientes nombrados en esta solicitud tendrán otra cobertura de seguro de salud que entrará en vigencia al mismo tiempo que la cobertura que está solicitando en esta solicitud?/Will you, your spouse/partner, or your dependent child(ren) listed in this application have other health insurance coverage that will be in effect at the same time as the coverage you are applying for on this application?

Sí/Yes No

Su información será útil para las compañías de seguros de pequeñas empresas para coordinar beneficios con cualquier otra cobertura de salud de grupo que usted tenga./Your information will help the small employer carrier(s) to coordinate benefits with any other group health coverage you may have.

Nombre/Name	Nombre de la compañía de seguros/Carrier Name Número de teléfono de la compañía de seguros/ Carrier Phone Number	Nombre del plan/Plan Name Número del grupo/Group Number N.º de ID del suscriptor/ Subscriber ID#	Fecha de vigencia de la cobertura/Effective Date of Coverage (MM/DD/AA)/(MM/DD/YY)	Fecha de cancelación de la cobertura/ Termination Date of Coverage (MM/DD/AA)/(MM/DD/YY)	Tipo de cobertura/ Type of Coverage (Consulte la clave a continuación)/ (See Key Below)

Clave de tipo de cobertura/Type of Coverage Key: G = Póliza Integral de Gastos Médicos Mayores de Grupo/Group Comprehensive Major Medical;
 I = Póliza Integral de Gastos Médicos Mayores Individual/Individual Comprehensive Major Medical;
 MS = Complemento de Medicare/Medicare Supplement; H = Solo Cobertura Hospitalaria/Hospital Coverage Only; V = Solo Cobertura de la Vista/Vision Coverage Only; D = Solo Cobertura Dental/Dental Coverage Only O = Otra, explique/Other, please explain: _____

Esto se pregunta para determinar si habrá coordinación de los beneficios en caso de alguna de las personas incluidas en la solicitud tenga una cobertura actual/
 This is being asked to determine if there will be coordination of benefits if any of the individuals on the application have existing coverage

Nombre del empleado/Employee Name:

Nombre del empleador/Employer Name:

TÉRMINOS – CONDICIONES- DIVULGACIONES/
TERMS – CONDITIONS- DISCLOSURES

Reconozco que he leído todas las secciones de esta Solicitud Uniforme del Empleado de Colorado para Planes de Beneficios de Salud de Grupos de Pequeñas Empresas (Solicitud) y certifico en nombre de mis dependientes familiares que cumplen los requisitos y de mí mismo que las respuestas incluidas en esta Solicitud son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que ni mi empleador ni ningún agente de seguros tiene autoridad para anular mi respuesta completa a cualquier pregunta, acordar la asegurabilidad, alterar cualquier contrato ni anular ninguno de los otros derechos o requisitos de la compañía de seguros de pequeñas empresas de Colorado./I acknowledge that I have read all sections of this Colorado Uniform Employee Application for Small Employer Group Health Coverage (Application), and I certify on behalf of my eligible family dependents and myself that the answers contained in this Application are complete and accurate to the best of my knowledge. I understand and agree that neither my employer nor any insurance agents have any authority to waive my complete answer to any question, agree to insurability, alter any contract, or waive any Colorado small employer carrier's other rights or requirements.

Por medio del presente documento, solicito la inscripción para mí mismo y para mis dependientes familiares que cumplen los requisitos nombrados. En nombre de mis dependientes familiares que cumplen los requisitos y de mí mismo, acepto todos los términos y las condiciones de los contratos de grupo con las compañías de seguros de pequeñas empresas de Colorado en las cuales deseo solicitar la cobertura. He indicado en esta solicitud, si se requiere, qué productos o proveedores he elegido. Acepto que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta la fecha especificada por las compañías de seguros de pequeñas empresas de Colorado con las cuales me inscribo, después de que esta solicitud haya sido aceptada por dichas compañías de seguros./I hereby apply for enrollment for myself and for my eligible family dependents listed. On behalf of my eligible family dependents and myself, I agree to all of the terms and conditions of the group contract(s) with Colorado small employer carrier(s) under which I wish to enroll for coverage. I have indicated in this Application, if required, what product(s) or provider(s) I have selected. I agree that no coverage will be effective until the date specified by the Colorado small employer carrier(s) with whom I enroll, after this application has been accepted by such carrier(s).

Entiendo que cualquier información obtenida en relación con esta Solicitud será usada por las compañías de seguros de pequeñas empresas de Colorado para determinar los requisitos de participación para la cobertura./I understand and agree that any information obtained in connection with this Application will be used by Colorado small employer carrier(s) to determine eligibility for coverage.

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el fin de estafarle o intentar estafarle con respecto a una satisfacción de deuda o indemnización pagadera con los beneficios de un seguro, será denunciado ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras./It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance carrier for the purpose of defrauding or attempting to defraud the carrier. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages. Any insurance carrier or agent of an insurance carrier who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.

Cuando corresponda, autorizo a mi empleador para que deduzca las contribuciones de mis ingresos para que se apliquen al costo de la cobertura./When applicable, I authorize my employer to deduct contributions from my earnings to be applied to the cost of coverage.

Acepto todas las disposiciones de contratos de grupo que correspondan para la resolución de desacuerdos y disputas, incluido el arbitraje cuando sea necesario y según lo permita la ley. Consulte las disposiciones de arbitraje en los contratos de grupo./I agree to any applicable group contract provisions for the resolution of disagreements and disputes, including arbitration when required and as allowed by law. Please refer to any arbitration provisions in the group contract(s).

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud. Acepto que una fotocopia de esta Solicitud tendrá la misma validez que el original. Una firma legible en fax tendrá la misma legitimidad y validez que la original. Cuando se apruebe y emita la cobertura, este documento se convertirá en parte del contrato./I understand that I may request a copy of this Application. I agree that a photographic copy of this Application shall be as valid as the original. A legible facsimile signature shall have the same force and effectiveness as the original. This document will become a part of the contract when coverage is approved and issued.

Nombre del empleado/Employee Name:	Nombre del empleador/Employer Name:
------------------------------------	-------------------------------------

TÉRMINOS – CONDICIONES – DIVULGACIONES (CONTINUACIÓN)/
TERMS – CONDITIONS- DISCLOSURES (CONTINUED)

LA LEY DE SEGUROS DE COLORADO EXIGE QUE TODAS LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS EN EL MERCADO DE GRUPOS DE PEQUEÑAS EMPRESAS EMITAN CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD QUE CORRESPONDA QUE SE COMERCIALICE EN COLORADO A CUALQUIER EMPLEADOR DE PEQUEÑA EMPRESA QUE SOLICITE EL PLAN Y ACEPTE REALIZAR LOS PAGOS REQUERIDOS DE LA PRIMA Y CUMPLA LAS DEMÁS DISPOSICIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD./COLORADO INSURANCE LAW REQUIRES ALL CARRIERS IN THE SMALL GROUP MARKET TO ISSUE ANY APPLICABLE HEALTH BENEFIT PLAN IT MARKETS IN COLORADO TO ANY SMALL EMPLOYER THAT APPLIES FOR THE PLAN AND AGREES TO MAKE THE REQUIRED PREMIUM PAYMENTS, AND SATISFIES THE OTHER PROVISIONS OF THE HEALTH BENEFIT PLAN.

Este documento es una publicación de la División de Seguros de Colorado. Si tiene preguntas sobre el contenido de este documento, comuníquese con nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en <https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance>. Si tiene preguntas sobre la cobertura o la inscripción, consulte a su empleador./This document is a publication of the Colorado Division of Insurance. If you have questions about the content of this document please contact our offices at 303-894-7499 or visit our website at <https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance>. For questions regarding coverage or enrollment please see your employer.

Firma del empleado/Signature of Employee: _____ Fecha de la firma/Date Signed: _____