

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

Grupos con 51 o más empleados

Solicitud de Inscripción/Cambio/Solicitud de Cancelación

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

- Inscribir
 Cancelar
 Cambiar
 Cambio de Dirección
 Cambio de Nombre
 Fecha del Cambio ___/___/___

A. Información del Empleado

Nombre	Inicial del 2° Nombre	Apellido	N° del Seguro Social/N° de Identificación del Empleado			
Dirección	N° de Apto.	Ciudad	Condado	Estado	Código postal	País
Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo		¿Cuántas horas trabaja por semana?		Correo Electrónico <input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> En el trabajo	
Estado <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a Civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento	Médico*	N° de Id. del Médico	¿Es usted un paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

B. Información de la Familia

Dependientes a inscribir, dar de baja, cambiar: (Si es necesario, adjunte una hoja)

Marque el casillero que corresponda	Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Parentesco**	Estudiante de Tiempo Completo	Médico*	¿Es usted un paciente actual?
	N° del seguro Social del Dependiente							N° de Id. del Médico	
<input type="checkbox"/> Inscribir <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar				M F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la Escuela:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Inscribir <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar				M F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la Escuela:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Inscribir <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar				M F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la Escuela:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

***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 UnitedHealthcare Select y Select Plus. **Se debe adjuntar documentación legal para: estudiantes de tiempo completo, de 19 años de edad o mayores; dependientes ordenados por un tribunal; y dependientes que no residen con los empleados elegibles. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

C. Selección de Productos (marque todos los que correspondan)

BENEFICIOS MÉDICOS: <input type="checkbox"/> Cobertura Sólo para Empleados <input type="checkbox"/> Cobertura para Empleado/ Cónyuge <input type="checkbox"/> Cobertura para Empleado/ Hijos <input type="checkbox"/> Cobertura para Empleado/ Cónyuge/Hijos <input type="checkbox"/> Sin Cobertura Médica (complete la Sección E)	BENEFICIOS DENTALES: <input type="checkbox"/> Cobertura Sólo para Empleados <input type="checkbox"/> Cobertura para Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Cobertura para Empleado/Hijos <input type="checkbox"/> Cobertura para Empleado/Cónyuge/Hijos	EMPLOYER USE ONLY Benefit Level/Class Code _____ _____ _____
--	---	---

OPCIONES DEL PLAN (Marque una elección.)

- Choice Plus 023
 Choice 010M-HMO
 Choice Plus 096M-POS

D. To Be Completed By Employer

Company Name	Group #	Plan Variation	Medical Dental _____	Reporting Medical Code _____	Department #
<input type="checkbox"/> New Enrollment/Additions: (Check one) Date of Hire ___/___/___ Requested Date of Coverage ___/___/___ <input type="checkbox"/> New Hire <input type="checkbox"/> Status Change (PT to FT) <input type="checkbox"/> Return from Leave/Layoff <input type="checkbox"/> Birth <input type="checkbox"/> Marriage <input type="checkbox"/> Adoption (attach legal documentation) <input type="checkbox"/> Court ordered dependent (attach documentation) <input type="checkbox"/> Other (describe) _____ <input type="checkbox"/> COBRA/Continuation start date _____ stop date _____ <input type="checkbox"/> Annual Open Enrollment Requested Effective Date of Enrollment ___/___/___			(attach COBRA Election Form)	<input type="checkbox"/> Cancellations: Last Date of Employment ___/___/___ Requested Effective Date of Cancellation ___/___/___ <input type="checkbox"/> Cancel all coverage <input type="checkbox"/> Cancel listed above – Section B Reason: (check one) <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Employee Terminated <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Moved out of service area <input type="checkbox"/> Dependent reached student/dependent max age <input type="checkbox"/> Other (describe) _____	

Product Selections – Check all that apply

- UnitedHealthcare Choice+^
 UnitedHealthcare Choice Plus+^
 Union Non-union
 Salaried Hourly
 Active Retire Date _____
- DENTAL PLANS**
 UnitedHealthcare Dental Options PPO^

ATTENTION EMPLOYER REPRESENTATIVE: To ensure accurate processing of application, 1) please review all sections and confirm employee completed the appropriate information. 2) Complete section D. 3) Please provide your signature and today's date.

Signature _____ Date _____

Employer Position _____ Phone Number _____

E. Información sobre Otra Cobertura Médica/Renuncia**(Se debe completar esta sección)**

¿Han tenido usted o sus dependientes otra cobertura médica durante los últimos 12 meses? SÍ NO ¿Dicha cobertura será dada de baja? SÍ NO
 Nombre de la Compañía de Seguros (si es necesario, utilice una hoja adicional) Fecha de Inicio de la Cobertura Fecha de Finalización de la Cobertura Si la respuesta es SÍ, indique la Fecha

Tipo de cobertura: Póliza Grupal Póliza Individual Medicare/Medicaid Otro

¿Dicha cobertura es a través de la empresa para la cual trabaja su cónyuge? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, por favor proporcione el nombre de la empresa para la que trabaja

Nombre, fecha de nacimiento y N° del Seguro Social del titular de la póliza

Relación del empleado con el titular de la póliza Nombre de los miembros de la familia que tienen cobertura médica continua (incluyendo Medicare)

Fecha de vigencia de Medicare Partes A y B

Razón para la elegibilidad para Medicare:
 Mayor de 65 años Incapacitado/a Enfermedades Renales

N° de Reclamo de Medicare

RENUNCIA Rechazo la inscripción en esta cobertura para mí mismo, mi cónyuge y mis hijos dependientes debido a: Existencia de otra cobertura de salud Cobertura a través del cónyuge Otras Razones (Explicar) _____**Marque uno de los casilleros anteriores, luego lea y firme.**

Entiendo que si yo y/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 un inscripto tardío y puede solicitarse en el siguiente período de inscripción abierta. 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. He leído y entendido la "Información Importante" que se encuentra en el reverso de este formulario.

X Firma del Empleado _____ Fecha de la Firma _____
 (sólo si usted está rechazando la cobertura)

Firma (El Formulario debe estar firmado)**Confirmando que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es completa y exacta.**

Comprendo que los planes de beneficios de salud que he seleccionado proporcionan reembolso para ciertos costos médicos, que se describen completamente en el Certificado de Cobertura actual o Resumen de Descripción del Plan. Comprendo que pueden existir ocasiones en que las decisiones de tratamiento tomadas por mi médico o por mí, o los gastos médicos en los cuales haya incurrido no estén cubiertos por plan de beneficios de salud.

Comprendo que la información recopilada en relación con la administración del plan de beneficios se puede usar para entregarme información sobre productos o servicios de salud que podrían ser valiosos para mí y según lo autorizado por ley. Comprendo que usted puede combinar dicha información con otra información a fin de que ya no sea individualmente identificable, y usarla para propósitos comerciales y otros.

Reconozco que he recibido la declaración de "Información Importante" que se incluye en el reverso de este formulario.

Sí No **Acepto que el Certificado de Cobertura, el Resumen de la Descripción del Plan y otros documentos, avisos y comunicaciones relacionados con mi plan de beneficios de salud, pueden transmitirse electrónicamente.**

Fecha _____ Firma del Empleado _____ Firma del Cónyuge _____
 Dirección de Correo Electrónico _____ (si es posible) y corresponde

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Para poder realizar elecciones sobre su cobertura y tratamiento de atención de la salud, creemos que es importante para usted entender cómo funciona su plan y cómo puede afectarle. En un entorno que está en continuo cambio, la información nunca puede ser completa y le instamos a comunicarse con nosotros si la información en su Resumen de Descripción del Plan, Certificado de Cobertura u otros materiales no responde a sus preguntas. Encontrará información adicional disponible en www.myuhc.com o llamando a la empresa para la cual trabaja/su corredor de seguros.

1. No brindamos servicios médicos ni tomamos decisiones con respecto a los tratamientos. Ayudamos a financiar y/o administrar el plan de beneficios de salud en el que está inscrito. Esto significa que:
 - Tomamos decisiones sobre si el plan de beneficios de salud que usted eligió le reembolsará por la atención que pueda recibir.
 - No decidimos qué atención necesita o recibirá. Usted y su médico toman esas decisiones.
2. Podemos hacer arreglos en los que otras entidades desempeñen algunos de nuestros deberes, pero dichas entidades deben operar de manera coherente con nuestro compromiso para con su plan.
3. Podemos utilizar información individualmente identificable sobre usted para identificar para usted (y sólo para usted) procedimientos, productos o servicios que puedan resultarle valiosos.
4. Contratamos redes de médicos y otros proveedores. Nuestro proceso de acreditación confirma la información pública sobre las licencias de los proveedores y demás credenciales, pero no garantiza la calidad de los servicios brindados.
5. Los médicos y otros proveedores en nuestras redes son contratistas independientes y no son nuestros empleados o agentes. No controlamos ni tenemos derecho a controlar el tratamiento del médico o el plan.
6. Podemos hacer arreglos con su médico o con otros proveedores para compartir en lo que se refiere al ahorro en los costos que nuestro enfoque puede generar. Sugerimos a los proveedores que pertenecen a nuestra red que divulguen la naturaleza de esos arreglos con usted. Si no lo hace, le sugerimos que hable con su médico sobre dichos arreglos.
7. Le sugerimos a los médicos que hablen con usted sobre la atención médica que usted o su médico piensan que podría ser valiosa.
8. Utilizaremos información individualmente identificable sobre usted, según lo permitido por la ley, incluyendo en nuestras operaciones y en nuestras investigaciones. Utilizaremos datos anónimos para propósitos comerciales, incluyendo investigaciones.

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

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) autorizo (autorizamos) a todos los proveedores de servicios o suministros de salud, y a cualquiera de sus representantes a entregar la siguiente información a la HMO/la(s) compañía(s) de seguros: cualquier información disponible sobre el historial médico, afecciones o tratamientos de cualquier persona nombrada en esta solicitud. Sé (sabemos) que tengo (tenemos) derecho a acceder a y corregir cualquier información personal recolectada. Yo (Nosotros) autorizo (autorizamos) a la HMO/la(s) compañía(s) de seguro a utilizar dicha información para determinar la elegibilidad para cobertura médica y la elegibilidad para los beneficios bajo una póliza existente.

Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a la HMO/la(s) compañía(s) de seguro a proporcionar dicha información a sus representantes o a cualquier otra organización por el motivo informado anteriormente. Acepto (aceptamos) que esta autorización tiene una validez de 30 meses desde la fecha de esta solicitud. Sé (sabemos) que tengo (tenemos) derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización.

Yo (nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la Solicitud para Cobertura Médica. Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que la HMO/la(s) compañía(s) no debe(n) acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni son impresas, sobre la Solicitud para Cobertura Médica y 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 tarjeta de identificación.

Seguro Médico Grupal proporcionado por o a través de: **UnitedHealthcare of New England, Inc.**
 Beneficios dentales proporcionados por o a través de: **United HealthCare Insurance Company**
United HealthCare Insurance Company