

# Solicitud de Inscripción del Empleado/Employee Enrollment Form Virginia

(NO ENGRAPAR/DO NOT STAPLE)



- UnitedHealthcare Insurance Company**  
("La Compañía"/"The Company")  
185 Asylum Street, Hartford, CT 06103
- UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.**  
("La Compañía"/"The Company")  
800 King Farm Boulevard, Rockville, MD 20850
- UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.**  
("La Compañía"/"The Company")  
1300 River Drive, Suite 200, Moline, IL 61265
- Optimum Choice, Inc.**  
("La Compañía"/"The Company")  
800 King Farm Boulevard, Rockville, MD 20850

**Para agilizar el proceso de inscripción, sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan./  
To speed the enrollment process, please be thorough and fill out all sections that apply.**

<b>El empleador debe llenar esta sección/ To Be Completed by Employer</b>	<b>Fecha de vigencia solicitada de la cobertura/Fecha de cambio/ Requested Effective Date of Coverage/Date of Change</b> /      /
Nombre del grupo/Group Name	Número de póliza/Policy Number
<b>Fecha de contratación/ Date of Hire</b> /      /	<b>Razón de la solicitud/Reason for Application</b> <input type="checkbox"/> Nuevo plan de grupo/New Group Plan <input type="checkbox"/> Nueva contratación/New Hire <input type="checkbox"/> Evento de vida/Fecha/Life Event/Date _____ <input type="checkbox"/> Inscripción abierta anual/Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Cambio de estado/Status Change _____ <input type="checkbox"/> Agregar o eliminar dependiente/ Dependent Add/Delete <input type="checkbox"/> Cambio de nombre o dirección/ Change Name/Address <input type="checkbox"/> Miembro fuera de plazo/Late Enrollee <input type="checkbox"/> Tiempo parcial a tiempo completo/ Part time to Full time <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura/Waiving Coverage <input type="checkbox"/> Cancelación/Termination <input type="checkbox"/> Otra/Other _____
Puesto o cargo/Position/Title	
Horas trabajadas por semana/Hours Worked per week	
Salario/Salary \$ _____ Obligatorio solo si el plan de seguro de vida, STD o LTD se basa en el salario/Required only if Life, STD, or LTD Plan based on salary	
<b>Tipo de empleado/Employee Type</b> (Marque todo lo que corresponda/ Check all that apply) <input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> COBRA Fecha de inicio/Start dt ____/____/____ Fecha de finalización/End dt ____/____/____ <input type="checkbox"/> Continuación de parte del estado/ State Continuation <input type="checkbox"/> Por hora/Hourly <input type="checkbox"/> Asalariado/Salary <input type="checkbox"/> Sindicado/Union <input type="checkbox"/> No sindicado/Non-Union <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Otra/Other _____	

Cobertura proporcionada por "UnitedHealthcare y afiliadas"/Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":  
 Cobertura médica proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company, UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc., UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. u Optimum Choice, Inc./Medical coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company, UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc., UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc., or Optimum Choice, Inc.  
 Cobertura dental proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company/Dental coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company  
 Cobertura de seguro de vida, por discapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD) y por discapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, LTD) proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company/Life, Short-Term Disability (STD), Long-Term Disability (LTD) Insurance coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company  
 Cobertura de la vista proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company/Vision coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company

**A. Información sobre el empleado/ Employee Information** **Si renuncia a toda la cobertura, llene las secciones A y B./ If you are waiving all coverage, please complete sections A and B.**

Apellido/Last Name		Nombre/First Name		Inicial del 2.º nombre/MI	Número de Seguro Social/Social Security Number         -         -	
Dirección/Address		N.º de apto./Apt #	Ciudad/City	Estado/State	Código postal/ Zip Code	Teléfono residencial o celular/ Home/Cell Phone
Fecha de nacimiento/ Date of Birth / /	Sexo/Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Viudo/Widowed				Teléfono del trabajo/Work Phone
		Idioma de preferencia, si no es inglés/Language Preference, if not English				

Dirección de correo electrónico/Email Address	¿Consume tabaco?¹/Do you use tobacco?¹ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

<b>Médico de cuidado primario²/Primary Care Physician²</b> ¿Paciente actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Nombre y apellido del médico/ Physician First & Last Name _____ Dirección/Address _____ N.º de ID/ ID# _____	<b>Dentista de cuidado primario³/Primary Care Dentist³</b> Nombre y apellido del dentista/ Dentist First & Last Name _____ N.º de ID/ ID# _____ ¿Paciente actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

<b>B. Renuncia a la cobertura/ Waiver of Coverage</b> Rechazo toda cobertura para/ I decline all coverage for: <input type="checkbox"/> Mí mismo/Myself <input type="checkbox"/> Cónyuge/Spouse <input type="checkbox"/> Hijos dependientes/ Dependent Children <input type="checkbox"/> Mí mismo y todos los dependientes/ Myself and all dependents	Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra cobertura/Declining coverage due to existence of other coverage: <input type="checkbox"/> Plan del empleador del cónyuge/Spouse's Employer's Plan <input type="checkbox"/> Plan individual/Individual Plan <input type="checkbox"/> Cobertura de Medicare/Covered by Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> COBRA del empleador anterior/COBRA from Prior Employer <input type="checkbox"/> Cumple los requisitos del Depto. de Asuntos de los Veteranos/VA Eligibility <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> No tengo (tenemos) otra cobertura en este momento/ I (we) have no other coverage at this time <input type="checkbox"/> Otra/Other _____	Entiendo que, al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que califique en un período de inscripción especial o como miembro fuera de plazo, si corresponde, o en el próximo período de inscripción abierta./I understand that by waiving coverage at this time, I will not be allowed to participate unless I qualify at a special enrollment period or as a late enrollee, if applicable, or at the next open enrollment period.
---	---	---

Fecha/Date	Firma del empleado si renuncia a toda la cobertura/Employee Signature if waiving all coverage
------------	---

(1) Tabaco significa todos los productos derivados del tabaco, que incluyen, entre otros, cigarrillos, cigarros y tabaco para mascar. Solo debe marcar la casilla "Sí" de arriba si la persona consumió tabaco cuatro veces o más por semana en promedio (sin incluir el consumo en ceremonias o rituales religiosos) dentro de los últimos 6 meses y si es mayor de edad para comprar tabaco legalmente en su estado de residencia. (2) Para UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus y otros productos en los que se exija elegir un médico de cuidado primario, debe usar el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare para elegir un médico de cuidado primario para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos. (3) Consulte con el representante de su empleador ya que algunos planes dentales exigen que se elija un dentista de cuidado primario./ (1) Tobacco means all tobacco products, including, but not limited to, cigarettes, cigars, and chewing tobacco. You should only check the "yes" box above if tobacco was used four or more times per week on average (excluding religious or ceremonial use) within the past 6 months by someone of legal age to purchase tobacco in the state of residence. (2) For UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus, and other products requiring you to choose a Primary Care Physician (PCP), you must use the UnitedHealthcare directory of providers to choose a PCP for yourself and each of your covered dependents. (3) Please see employer representative as some dental plans require a Primary Care Dentist (PCD) selection.

<b>C. Información sobre la familia/ Family Information</b>	<b>Indique todas las personas que se inscriben (adjunte más hojas si es necesario)/ List All Enrolling (Attach sheet if necessary)</b>
--	--

Parentesco <sup>4</sup> / Relationship <sup>4</sup>	Apellido/Last Name _____	Nombre/First Name _____	Inicial del 2. <sup>o</sup> nombre/MI _____	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento/ Date of Birth / /
Cónyuge o pareja de unión libre/ Spouse or Domestic Partner	Número de Seguro Social/Social Security Number       -	¿Consume tabaco?¹/Do you use tobacco?¹ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			

<b>Médico de cuidado primario²/Primary Care Physician²</b> ¿Paciente actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Nombre y apellido del médico/ Physician First & Last Name _____ Dirección/Address _____ N.º de ID/ ID# _____ - _____	<b>Dentista de cuidado primario³/Primary Care Dentist³</b> ¿Paciente actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Nombre y apellido del dentista/ Dentist First & Last Name _____ N.º de ID/ ID# _____
---	--

Parentesco <sup>4</sup> / Relationship <sup>4</sup>	Apellido/Last Name _____	Nombre/First Name _____	Inicial del 2. <sup>o</sup> nombre/MI _____	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento/ Date of Birth / /
Dependiente/ Dependent	Número de Seguro Social/Social Security Number       -	¿Consume tabaco?¹/Do you use tobacco?¹ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			

<b>Médico de cuidado primario²/Primary Care Physician²</b> ¿Paciente actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Nombre y apellido del médico/ Physician First & Last Name _____ Dirección/Address _____ N.º de ID/ ID# _____ - _____	<b>Dentista de cuidado primario³/Primary Care Dentist³</b> ¿Paciente actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Nombre y apellido del dentista/ Dentist First & Last Name _____ N.º de ID/ ID# _____  Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad⁵/ Permanently disabled and age 26 or older⁵ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
---	---

(1) Tabaco significa todos los productos derivados del tabaco, que incluyen, entre otros, cigarrillos, cigarros y tabaco para mascar. Solo debe marcar la casilla "Sí" de arriba si la persona consumió tabaco cuatro veces o más por semana en promedio (sin incluir el consumo en ceremonias o rituales religiosos) dentro de los últimos 6 meses y si es mayor de edad para comprar tabaco legalmente en su estado de residencia. (2) Para UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus y otros productos en los que se exija elegir un médico de cuidado primario, debe usar el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare para elegir un médico de cuidado primario para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos. (3) Consulte con el representante de su empleador ya que algunos planes dentales exigen que se elija un dentista de cuidado primario. (4) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Si un dependiente no vive con el empleado elegible, proporcione la dirección en una hoja aparte. (5) Si respondió "Sí" en "Discapacitado" y el hijo dependiente es mayor de 26 años de edad, soltero, depende principalmente del suscriptor para su manutención y no es capaz de mantenerse a sí mismo debido a una discapacidad intelectual o limitación física, enfermedad o condición, adjunte un certificado médico de la discapacidad. (1) Tobacco means all tobacco products, including, but not limited to, cigarettes, cigars, and chewing tobacco. You should only check the "yes" box above if tobacco was used four or more times per week on average (excluding religious or ceremonial use) within the past 6 months by someone of legal age to purchase tobacco in the state of residence. (2) For UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus, and other products requiring you to choose a Primary Care Physician (PCP), you must use the UnitedHealthcare directory of providers to choose a PCP for yourself and each of your covered dependents. (3) Please see employer representative as some dental plans require a Primary Care Dentist (PCD) selection. (4) For court ordered dependent, legal documentation must be attached. If a dependent does not reside with eligible employee, please provide address on a separate sheet. (5) If you answered "Yes" for Disabled and the dependent child is 26 years of age or older, unmarried, chiefly dependent upon subscriber for support and is not able to be self-supporting because of an intellectual disability or physical handicap, illness or condition, please attach a medical certification of disability.

<b>C. Información sobre la familia (continuación)/ Family Information (continued)</b>	<b>Indique todas las personas que se inscriben (adjunte más hojas si es necesario)/ List All Enrolling (Attach sheet if necessary)</b>
---	--

<b>Parentesco<sup>4</sup>/ Relationship<sup>4</sup></b>	<b>Apellido/Last Name</b>	<b>Nombre/First Name</b>	<b>Inicial del 2.<sup>o</sup> nombre/MI</b>	<b>Sexo/Sex</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nacimiento/ Date of Birth</b> / /
---	---------------------------	--------------------------	---	--	--

<b>Dependiente/ Dependent</b>	<b>Número de Seguro Social/Social Security Number</b>	<b>¿Consume tabaco<sup>1</sup>?/Do you use tobacco<sup>1</sup></b> <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			
-----------------------------------	---	--	--	--	--

**Médico de cuidado primario<sup>2</sup>/Primary Care Physician<sup>2</sup>**  
 ¿Paciente actual<sup>2</sup>?/Existing Patient?  Sí/Yes  No

Nombre y apellido del médico/  
 Physician First & Last Name \_\_\_\_\_

Dirección/Address \_\_\_\_\_

N.º de ID/  
 ID# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dentista de cuidado primario<sup>3</sup>/Primary Care Dentist<sup>3</sup>**  
 ¿Paciente actual<sup>3</sup>?/Existing Patient?  Sí/Yes  No

Nombre y apellido del dentista/  
 Dentist First & Last Name \_\_\_\_\_

N.º de ID/  
 ID# \_\_\_\_\_

Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad<sup>5</sup>/  
 Permanently disabled and age 26 or older<sup>5</sup>  Sí/Yes  No

<b>Parentesco<sup>4</sup>/ Relationship<sup>4</sup></b>	<b>Apellido/Last Name</b>	<b>Nombre/First Name</b>	<b>Inicial del 2.<sup>o</sup> nombre/MI</b>	<b>Sexo/Sex</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nacimiento/ Date of Birth</b> / /
---	---------------------------	--------------------------	---	--	--

<b>Dependiente/ Dependent</b>	<b>Número de Seguro Social/Social Security Number</b>	<b>¿Consume tabaco<sup>1</sup>?/Do you use tobacco<sup>1</sup></b> <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			
-----------------------------------	---	--	--	--	--

**Médico de cuidado primario<sup>2</sup>/Primary Care Physician<sup>2</sup>**  
 ¿Paciente actual<sup>2</sup>?/Existing Patient?  Sí/Yes  No

Nombre y apellido del médico/  
 Physician First & Last Name \_\_\_\_\_

Dirección/Address \_\_\_\_\_

N.º de ID/  
 ID# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dentista de cuidado primario<sup>3</sup>/Primary Care Dentist<sup>3</sup>**  
 ¿Paciente actual<sup>3</sup>?/Existing Patient?  Sí/Yes  No

Nombre y apellido del dentista/  
 Dentist First & Last Name \_\_\_\_\_

N.º de ID/  
 ID# \_\_\_\_\_

Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad<sup>5</sup>/  
 Permanently disabled and age 26 or older<sup>5</sup>  Sí/Yes  No

(1) Tabaco significa todos los productos derivados del tabaco, que incluyen, entre otros, cigarrillos, cigarros y tabaco para mascar. Solo debe marcar la casilla "Sí" de arriba si la persona consumió tabaco cuatro veces o más por semana en promedio (sin incluir el consumo en ceremonias o rituales religiosos) dentro de los últimos 6 meses y si es mayor de edad para comprar tabaco legalmente en su estado de residencia. (2) Para UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus y otros productos en los que se exija elegir un médico de cuidado primario, debe usar el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare para elegir un médico de cuidado primario para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos. (3) Consulte con el representante de su empleador ya que algunos planes dentales exigen que se elija un dentista de cuidado primario. (4) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Si un dependiente no vive con el empleado elegible, proporcione la dirección en una hoja aparte. (5) Si respondió "Sí" en "Discapacitado" y el hijo dependiente es mayor de 26 años de edad, soltero, depende principalmente del suscriptor para su manutención y no es capaz de mantenerse a sí mismo debido a una discapacidad intelectual o limitación física, enfermedad o condición, adjunte un certificado médico de la discapacidad. (1) Tobacco means all tobacco products, including, but not limited to, cigarettes, cigars, and chewing tobacco. You should only check the "yes" box above if tobacco was used four or more times per week on average (excluding religious or ceremonial use) within the past 6 months by someone of legal age to purchase tobacco in the state of residence. (2) For UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus, and other products requiring you to choose a Primary Care Physician (PCP), you must use the UnitedHealthcare directory of providers to choose a PCP for yourself and each of your covered dependents. (3) Please see employer representative as some dental plans require a Primary Care Dentist (PCD) selection. (4) For court ordered dependent, legal documentation must be attached. If a dependent does not reside with eligible employee, please provide address on a separate sheet. (5) If you answered "Yes" for Disabled and the dependent child is 26 years of age or older, unmarried, chiefly dependent upon subscriber for support and is not able to be self-supporting because of an intellectual disability or physical handicap, illness or condition, please attach a medical certification of disability.

**C. Información sobre la familia (continuación)/ Family Information (continued)** **Indique todas las personas que se inscriben (adjunte más hojas si es necesario)/ List All Enrolling (Attach sheet if necessary)**

Parentesco <sup>4</sup> / Relationship <sup>4</sup>	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2. <sup>o</sup> nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento/ Date of Birth / /
Dependiente/ Dependent	Número de Seguro Social/Social Security Number	¿Consumo tabaco? <sup>1</sup> /Do you use tobacco? <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno? <sup>1</sup> /If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			

**Médico de cuidado primario<sup>2</sup>/Primary Care Physician<sup>2</sup>**  
 ¿Paciente actual?<sup>2</sup>/Existing Patient?  Sí/Yes  No  
 Nombre y apellido del médico/  
 Physician First & Last Name \_\_\_\_\_  
 Dirección/Address \_\_\_\_\_  
 N.º de ID/  
 ID# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dentista de cuidado primario<sup>3</sup>/Primary Care Dentist<sup>3</sup>**  
 ¿Paciente actual?<sup>3</sup>/Existing Patient?  Sí/Yes  No  
 Nombre y apellido del dentista/  
 Dentist First & Last Name \_\_\_\_\_  
 N.º de ID/  
 ID# \_\_\_\_\_  
 Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad/  
 Permanently disabled and age 26 or older<sup>5</sup>  Sí/Yes  No

(1) Tabaco significa todos los productos derivados del tabaco, que incluyen, entre otros, cigarrillos, cigarros y tabaco para mascar. Solo debe marcar la casilla "Sí" de arriba si la persona consumió tabaco cuatro veces o más por semana en promedio (sin incluir el consumo en ceremonias o rituales religiosos) dentro de los últimos 6 meses y si es mayor de edad para comprar tabaco legalmente en su estado de residencia. (2) Para UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus y otros productos en los que se exija elegir un médico de cuidado primario, debe usar el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare para elegir un médico de cuidado primario para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos. (3) Consulte con el representante de su empleador ya que algunos planes dentales exigen que se elija un dentista de cuidado primario. (4) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Si un dependiente no vive con el empleado elegible, proporcione la dirección en una hoja aparte. (5) Si respondió "Sí" en "Discapacitado" y el hijo dependiente es mayor de 26 años de edad, soltero, depende principalmente del suscriptor para su manutención y no es capaz de mantenerse a sí mismo debido a una discapacidad intelectual o limitación física, enfermedad o condición, adjunte un certificado médico de la discapacidad. (1) Tobacco means all tobacco products, including, but not limited to, cigarettes, cigars, and chewing tobacco. You should only check the "yes" box above if tobacco was used four or more times per week on average (excluding religious or ceremonial use) within the past 6 months by someone of legal age to purchase tobacco in the state of residence. (2) For UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus, and other products requiring you to choose a Primary Care Physician (PCP), you must use the UnitedHealthcare directory of providers to choose a PCP for yourself and each of your covered dependents. (3) Please see employer representative as some dental plans require a Primary Care Dentist (PCD) selection. (4) For court ordered dependent, legal documentation must be attached. If a dependent does not reside with eligible employee, please provide address on a separate sheet. (5) If you answered "Yes" for Disabled and the dependent child is 26 years of age or older, unmarried, chiefly dependent upon subscriber for support and is not able to be self-supporting because of an intellectual disability or physical handicap, illness or condition, please attach a medical certification of disability.

**D. Selección de productos/  
Product Selection**

**Marque la casilla de cada cobertura en la que usted o sus dependientes se inscriban./Please check the box for each coverage in which you or your Dependents are enrolling.**  
 Si el empleador ofrece una variedad de planes, indique cuál es el plan que elige. Indique la cantidad en dólares seleccionada para los planes de seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidental (Accidental Death & Dismemberment, AD&D), seguro complementario de vida, seguro por discapacidad a corto plazo (STD) y seguro por discapacidad a largo plazo (LTD). Los beneficios ofrecidos dependen de la elección del empleador./If your employer offers a choice of plans, indicate which plan you are selecting. Indicate the dollar amount selected for the Life and Accidental Death & Dismemberment (AD&D), Supplemental Life, Short-Term Disability (STD), and Long-Term Disability (LTD) plans. Benefit offerings are dependent upon employer selection.

Persona/Person	Médica/Medical	Dental	Vista/Vision	Seguro básico de vida/ Basic Life/AD&D	Seguro comp. de vida/ Supp Life/AD&D
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____
Cónyuge o pareja de unión libre/ Spouse or Domestic Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____
Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____
Persona/Person	STD	LTD			
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Sí/Yes  No La aceptación de esta solicitud reemplazará la cobertura de seguro de vida existente./Acceptance of this application will replace existing life insurance coverage.

Nombre completo y dirección del beneficiario del seguro de vida (si solicita el seguro de vida de UnitedHealthcare)/ Life Insurance Beneficiary Full Name and Address (if applying for Life Insurance with UnitedHealthcare)	Parentesco/Relationship
Primario/Primary	
Secundario/Secondary	

Nombre del empleado/Employee Name \_\_\_\_\_

**E. Información sobre su seguro médico anterior/  
Prior Medical Insurance Information**

En los últimos 12 meses, ¿usted, su cónyuge o sus dependientes han tenido alguna otra cobertura médica?/Within the last 12 months, have you, your spouse, or your dependents had any other medical coverage?

NO  Sí/Yes (si la respuesta es "Sí", llene esta sección/if yes, please complete this section.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior/Prior medical carrier name \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia/Effective date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de finalización/End date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de cobertura anterior/Prior coverage type:  Empleado/Employee  Cónyuge/Spouse  Hijos/Child(ren)  Familia/Family

**F. Información sobre otra cobertura médica/  
Other Medical Coverage Information**

**Se debe llenar esta sección. (Adjunte más hojas si es necesario)./This section must be completed. (Attach sheet if necessary.)**

El día que comience esta cobertura, ¿usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes estará cubierto por otra póliza o plan médico de salud, incluido otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?/On the day this coverage begins, will you, your spouse or any of your dependents be covered under any other medical health plan or policy, including another UnitedHealthcare plan or Medicare?  Sí/Yes (continúe llenando esta sección/continue completing this section)  NO (omite el resto de esta sección/skip the rest of this section)

Nombre de la otra compañía de seguros/Name of other carrier \_\_\_\_\_

Información sobre otra cobertura médica de grupo (detalle solo las personas que están cubiertas por el otro plan)/Other Group Medical Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo/ Type (B/S/F) *	Fecha de vigencia/ Effective Date MM/DD/AA/ MM/DD/YY	Fecha de finalización/ End Date MM/DD/AA/ MM/DD/YY	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza de la otra cobertura/Name and date of birth of policyholder for other coverage
Empleado/Employee:				
Nombre del cónyuge/Spouse Name:				
Nombre del dependiente/Dependent Name:				
Nombre del dependiente/Dependent Name:				
Nombre del dependiente/Dependent Name:				

\*B. Ingrese 'B' si este dependiente está cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados)./Enter 'B' when this dependent is covered under both you and your spouse's insurance plan (married)

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o la 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 de este dependiente./Enter 'S' if you are the parent awarded custody of this dependent and no other individual is required to pay for this dependent's medical expenses.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un familiar) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente./Enter 'F' if this dependent is covered by another individual (not a member of your household) required to pay for this dependent's medical expenses.

**F. Información sobre otra cobertura médica (continuación)/Other Medical Coverage Information (continued)**

**Se debe llenar esta sección. (Adjunte más hojas si es necesario)./This section must be completed. (Attach sheet if necessary.)**

Medicare – Información sobre el empleado/  
Medicare – Employee Information:

Si está inscrito en Medicare, adjunte una copia de su tarjeta de ID de Medicare./  
If enrolled in Medicare, please attach a copy of your Medicare ID card.

- Inscrito en la Parte A: Fecha de vigencia/  
Enrolled in Part A: Effective Date \_\_\_\_\_
- Inscrito en la Parte B: Fecha de vigencia/  
Enrolled in Part B: Effective Date \_\_\_\_\_
- Inscrito en la Parte D: Fecha de vigencia/  
Enrolled in Part D: Effective Date \_\_\_\_\_

- No cumple los requisitos de la Parte A\*/  
Ineligible for Part A\*
- No cumple los requisitos de la Parte B\*/  
Ineligible for Part B\*
- No cumple los requisitos de la Parte D\*/  
Ineligible for Part D\*

- No está inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\*/  
Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)\*\*
- No está inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\*/  
Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)\*\*
- No está inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*/  
Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)\*\*

Razón por la que cumple los requisitos de participación en Medicare/Reason for Medicare eligibility:  Mayor de 65 años/Over 65  
 Enfermedad renal/Kidney Disease  Discapacitado/Disabled  Discapacitado, pero activo en el trabajo/Disabled but actively at work

¿Está recibiendo el seguro por discapacidad del Seguro Social?/  
Are you receiving Social Security Disability Insurance (SSDI)?  Sí/Yes  NO Fecha de inicio/Start Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medicare – Nombre del cónyuge o dependiente/Medicare – Spouse/Dependent Name: \_\_\_\_\_

- Inscrito en la Parte A: Fecha de vigencia/  
Enrolled in Part A: Effective Date \_\_\_\_\_
- Inscrito en la Parte B: Fecha de vigencia/  
Enrolled in Part B: Effective Date \_\_\_\_\_
- Inscrito en la Parte D: Fecha de vigencia/  
Enrolled in Part D: Effective Date \_\_\_\_\_

- No cumple los requisitos de la Parte A\*/  
Ineligible for Part A\*
- No cumple los requisitos de la Parte B\*/  
Ineligible for Part B\*
- No cumple los requisitos de la Parte D\*/  
Ineligible for Part D\*

- No está inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\*/  
Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)\*\*
- No está inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\*/  
Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)\*\*
- No está inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*/  
Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)\*\*

Razón por la que cumple los requisitos de participación en Medicare/Reason for Medicare eligibility:  Mayor de 65 años/Over 65  
 Enfermedad renal/Kidney Disease  Discapacitado/Disabled  Discapacitado, pero activo en el trabajo/Disabled but actively at work

\* Solo marque “No cumple los requisitos” si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indique que usted no cumple los requisitos de participación en Medicare./Only check “Ineligible” if you have received documentation from your Social Security benefits that indicate that you are not eligible for Medicare.

\*\* Si cumple los requisitos de participación en Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes que los beneficios de la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura de la Parte A, B o D de Medicare, según corresponda./If you are eligible for Medicare on a primary basis (Medicare pays before benefits under the group policy), you should enroll in and maintain coverage under Medicare Part A, Part B, and/or Part D as applicable.

## G. Firma/Signature

Su inscripción en el plan está expresamente condicionada a su aceptación de todos los términos y condiciones que se incluyen en esta solicitud de inscripción. Si no está de acuerdo con los siguientes términos y condiciones, no puede inscribirse./Your enrollment in the plan is expressly conditioned upon your acceptance of all terms and conditions contained in this enrollment application. If you do not agree to the following terms and conditions, you may not complete your enrollment.

### TÉRMINOS Y CONDICIONES/TERMS AND CONDITIONS

Como condición de mi participación y la participación de mis dependientes en el plan, y en consideración de los privilegios que provienen de la participación en el plan, por medio del presente documento acepto lo siguiente en mi nombre y en el de mis dependientes/As a condition of my and/or my dependents' participation in the plan, and in consideration for the privileges that come from participation in the plan, I hereby agree for myself and/or for my dependents as follows:

Reconozco y entiendo que el plan tiene contratos con médicos y otros proveedores que forman parte de la red del plan. Reconozco que todos los médicos y otros proveedores que participan en la red del plan están sujetos a los requisitos de acreditación conforme a las normas estatales correspondientes y en virtud del proceso de acreditación de la red del plan. Entiendo que dicha acreditación incluye una revisión de la educación, la capacitación y la licencia de los proveedores. Sin embargo, al participar en el plan, por medio del presente documento reconozco y acepto que el plan no es un proveedor de servicios médicos, y soy consciente de que la decisión de obtener o no obtener cuidado médico representa riesgos significativos, como lesiones graves e incluso la muerte. Reconozco que la acreditación de los médicos y otros proveedores no reduce este riesgo de ninguna manera. Acepto asumir todos los riesgos y eximo de responsabilidad al plan de todas y cada una de las demandas por daños, incluidas aquellas por lesiones personales o muerte, gastos médicos, discapacidad, pérdida de salario y pérdida del poder remunerativo que puedan incurrirse o se relacionen con el tratamiento médico obtenido a través de un médico u otro proveedor participante. Reconozco que todos los médicos y otros proveedores que participan en la red del plan son contratistas independientes y no son empleados ni representantes del plan, y que son los únicos responsables de mala praxis, resultados adversos o cualquier otra demanda que surja a partir del tratamiento médico prestado a mi persona y a mis dependientes. **POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO ACEPTO QUE EL PLAN NO ES RESPONSABLE DE NINGÚN CONSEJO, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO NI DE NINGUNA OTRA INFORMACIÓN, SERVICIOS O PRODUCTOS QUE OBTENGA YO O QUE OBTENGAN MIS DEPENDIENTES A TRAVÉS DE UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE LA RED PARTICIPANTE.**/I recognize and understand that the plan contracts with physicians and other providers that make up the plan network. I recognize that all physicians and other providers that participate in the plan network are subject to credentialing under applicable State regulations and pursuant to the plan's network credentialing process. I understand that such credentialing includes a review of provider education, training and licensure. However, by participating in the plan I hereby acknowledge and accept that the plan is not a provider of medical services, and I am aware that obtaining or not obtaining medical care involves significant risks such as serious injury and even death. I acknowledge that the credentialing of physicians and other providers does not in any way reduce this risk. I agree to assume all risks and responsibility for, and hold the plan harmless from, any and all claims for damages, including personal injury or death, medical expenses, disability, lost wages, and loss of earning capacity which may be incurred or associated with medical treatment obtained through a participating physician or other provider. I recognize that all physicians and other providers that participate in the plan network are independent contractors and not the plan's employees or agents and are solely responsible for any malpractice, adverse outcomes, or any other claims arising from medical treatment rendered to me and my dependents. **I HEREBY AGREE THAT THE PLAN IS NOT RESPONSIBLE NOR LIABLE FOR ANY ADVICE, COURSE OF TREATMENT, DIAGNOSIS OR ANY OTHER INFORMATION, SERVICES OR PRODUCTS THAT I OR MY DEPENDENTS OBTAIN THROUGH A PARTICIPATING NETWORK PHYSICIAN OR OTHER PROVIDER.**

Reconozco y entiendo que el plan no recomienda, avala ni hace ninguna declaración sobre la aptitud o idoneidad de ninguna prueba, producto, procedimiento, tratamiento, opinión o servicio específico. Reconozco que el plan, los documentos del plan y la información sobre salud y bienestar proporcionada por el plan no pretenden ni implican reemplazar el consejo, diagnóstico o tratamiento médico profesional. Acepto confirmar con otras fuentes cualquier información médica obtenida de parte o a través del plan, y que revisaré con mi médico toda la información relacionada con mi condición o tratamiento médico. **POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO ACEPTO NO DESESTIMAR NUNCA EL CONSEJO MÉDICO PROFESIONAL NI DEMORAR LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO MÉDICO DEBIDO A ALGO QUE HAYA LEÍDO O A LO QUE HAYA ACCEDIDO A TRAVÉS DEL PLAN.**/I recognize and understand that the plan does not recommend, endorse or make any representation about the appropriateness or suitability of any specific tests, products, procedures, treatments, services, or opinions. I recognize that the plan, plan documents, and any health and wellness information provided by the plan, are not intended or implied to be a substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment. I agree to confirm any medical information obtained from or through the plan with other sources, and will review all information regarding any medical condition or treatment with my physician. **I HEREBY AGREE TO NEVER DISREGARD PROFESSIONAL MEDICAL ADVICE OR DELAY SEEKING MEDICAL TREATMENT BECAUSE OF SOMETHING I HAVE READ OR ACCESSED THROUGH THE PLAN.**

Autorizo a "La(s) Compañía(s)" marcada(s) en la página uno a obtener, usar y divulgar mis registros médicos, de reclamos o beneficios, incluida cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Entiendo que estos registros podrían contener información creada por otras personas o entidades (p. ej., proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el consumo de drogas o de alcohol, VIH o sida, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de cuidado de la salud, administrador de beneficios de farmacia, otra compañía de seguros o de reaseguro, hospital, clínica u otro centro médico, centro de intercambio de información de cuidado de la salud y cualquiera de sus afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a "La(s) Compañía(s)". Entiendo que el propósito de la divulgación y del uso de mi información es permitir que "La(s) Compañía(s)" facilite(n) la administración adecuada de tratamiento, servicios, pago y beneficios. Además, entiendo que la información divulgada no se usará con el propósito de cumplir los requisitos, inscribir, suscribir ni clasificar el riesgo de la prima. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de "La(s) Compañía(s)", salvo que ya se haya actuado en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo exigido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), "La(s) Compañía(s)" también requiere(n) que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Entiendo que la información usada u obtenida por una persona o entidad que cuente con mi autorización para ello se podría volver a divulgar y, en tal caso, puede que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Esta autorización, a menos que se revoque antes, vence 30 meses después de la fecha en que se firme (y es válida durante el plazo de cobertura de la póliza con el propósito de recopilar información relacionada con la revisión o el procesamiento de un reclamo de beneficios). Sé (sabemos) que tengo (tenemos) derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización./I authorize "The Company(ies)" checked on page one to obtain, use and disclose my medical, claim or benefit records, including any individually identifiable health information contained in these records. I understand these records may contain information created by other persons or entities (including health care providers) as well as information regarding the use of drug, alcohol, HIV/AIDS, mental health (other than psychotherapy notes), sexually transmitted disease



## G. Firma (continuación)/Signature (continued)

and reproductive health services. I authorize any health care provider, pharmacy benefit manager, other insurer or reinsurer, hospital, clinic or other medical facility, health care clearinghouse, and any of their affiliates, representatives or business associates, to disclose my information to "The Company(ies)". I understand that the purpose of the disclosure and use of my information is to allow "The Company(ies)" to facilitate the appropriate management of treatment, services, payment and benefits. I further understand that the information disclosed will not be used for purposes of eligibility, enrollment, underwriting and premium risk rating. I understand this authorization is voluntary and I may refuse to sign the authorization. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying my "Company(ies)" representative in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. As required by HIPAA, "The Company(ies)" also requires that I acknowledge the following, which I do: I understand that information I authorize a person or entity to obtain and use may be re-disclosed and no longer protected by federal privacy regulations. This authorization, unless revoked earlier, expires 30 months after the date it is signed (and for the term of coverage of the policy for the purpose of collecting information in connection with reviewing and/or processing a claim for benefits). I (we) know that I (we) have the right to ask for and to receive a copy of this authorization.

Entiendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas a mi leal saber y entender. Solicito (solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada. Autorizo que se deduzca de mis ingresos cualquier contribución necesaria para la prima. Yo (nosotros) no le he (no le hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información requerida que no esté incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) entiendo (entendemos) que "La(s) Compañía(s)" no debe(n) acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud ni en ningún documento adjunto./I understand that I am completing a joint life and health application and that each response must be complete and accurate to the best of my knowledge and belief. I (we) request the indicated group medical coverage. I authorize any required premium contributions to be deducted from my earnings. I (we) have not given the agent or any other persons any required information not included on the application. I (we) understand that "The Company(ies)" is not bound by any statements I (we) have made to any agent or to any other persons, if those statements are not written or printed on this application and any attachments.

Tenga en cuenta que, si omite información o hace una declaración falsa en este formulario, es posible que la ley nos permita tomar una o más de las siguientes medidas: cancelar o no renovar su cobertura o cambiar su prima retroactivamente a la fecha en que la póliza entró en vigencia. De acuerdo con la ley de Virginia, no se puede impugnar la validez de una póliza, excepto ante la falta de pago de las primas, después de que haya estado en vigencia durante dos años desde la fecha de su emisión. Además, y de acuerdo con la ley de Virginia, no se usará ninguna declaración hecha por una persona asegurada en relación con su asegurabilidad o la asegurabilidad de sus dependientes asegurados para impugnar la validez del seguro con respecto a dicha declaración realizada: 1.) Después de que el seguro haya estado en vigencia antes de la impugnación durante un período de dos años en la vida de la persona sobre la que se realizó la declaración; y 2.) A menos que la declaración esté incluida en un instrumento escrito firmado por la persona. Esto no impedirá realizar una declaración de defensa en cualquier momento en función de la falta de cumplimiento de los requisitos de participación de la persona en la cobertura conforme a la póliza o según otras disposiciones de la póliza./Please note that if you leave out information or make a misrepresentation on this form we may be allowed by law to take one or more of the following actions: terminate or non-renew your coverage or change your premium retroactively to the date your policy became effective. In accordance with Virginia law, the validity of a policy shall not be contested, except for nonpayment of premiums, after it has been in force for two years from its date of issue. In addition, and in accordance with Virginia law, no statement made by any person insured under the policy relating to his insurability or the insurability of his insured dependents shall be used in contesting the validity of the insurance with respect to which such statement was made: 1.) After the insurance has been in force prior to the contest for a period of two years during the lifetime of the person about whom the statement was made; and 2.) Unless the statement is contained in a written instrument signed by him. This shall not preclude the assertion at any time of defenses based on the person's ineligibility for coverage under the policy or upon other provisions in the policy.

Usted o su representante autorizado tienen derecho a recibir una copia de esta autorización./You or your authorized representative are entitled to receive a copy of this authorization.

Conserve una copia de esta autorización en su archivo personal./Please maintain a copy of this authorization for your records.

**Certifico que he leído esta solicitud llenada, o que me la han leído, y que me doy cuenta de que cualquier declaración falsa o tergiversación hecha en la solicitud podría causar la pérdida de la cobertura de la póliza. En el caso de una disputa, regirán las disposiciones de la versión aprobada en inglés del formulario./I certify that I have read, or have had read to me, this completed application and that I realize that any false statement or misrepresentation in the application may result in loss of coverage under the policy. In the event of a dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.**

Fecha/Date	Firma del empleado por todas las personas que solicitan la cobertura/Employee Signature for all applying	Firma del cónyuge (si solicita la cobertura)/Spouse Signature (if applying for coverage)
------------	--	--

## H. Información del censo (opcional)/Census Information (optional)

NOTA: Responder a esta pregunta es opcional y no es obligatorio. Los datos recopilados en esta sección solo se utilizarán para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no se utilizará en el proceso de cumplimiento de los requisitos./NOTE: Responding to this question is optional and is not required. Data collected in this section will be used only to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their well-being. This information will not be used in the eligibility process.

1. Raza, marque todas las que correspondan/Race, check all that apply:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco/White  | <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano/Black, African-American      |
| <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native                    | <input type="checkbox"/> Asiático/Asian                                    |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Otra raza, especifique/Other Race, please specify |

2. ¿Es usted de origen hispano o latino?/Are you of Hispanic or Latino origin?  Sí/Yes  No

Esta página se dejó en blanco de manera intencional./  
This page intentionally left blank.