

Solicitud de Inscripción, Cambio o Cancelación/ Enrollment Application/Change/Cancellation Request



Arkansas

- Inscribir/Enroll
- Cancelar/Cancel
- Cambiar/Change

- Cambio de dirección/Address Change
- Cambio de nombre/Name Change
- Fecha de cambio/
Date of Change ___ / ___ / ___

**El empleador debe llenar esta sección/
To Be Completed By Employer**

ATENCIÓN, REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR: Para asegurarse de que la solicitud se procese correctamente, 1) revise todas las secciones y confirme que el empleado haya llenado la información correspondiente, 2) llene la información de esta sección y 3) firme y fecha. Si el empleado renuncia a la cobertura, no presente la solicitud; consérvela en su archivo personal. / **ATTENTION EMPLOYER REPRESENTATIVE:** To ensure accurate processing of application, 1) please review all sections and confirm the employee completed the appropriate information, 2) complete the information in this section and 3) provide your signature and today's date. If the employee is waiving coverage, do not submit the application but retain it for your records.

Nombre de la compañía/Company Name _____	N.º de grupo/Group # _____	N.º de departamento/ Department # _____
--	----------------------------	--

Variación de plan/Plan Variation Médico/Medical _____ Vista/Vision _____ Dental _____ Vida/Life _____	Código de presentación de informes/Reporting Code Médico/Medical _____ Vista/Vision _____ Dental _____ Vida/Life _____	Nivel de beneficios o código de clase, si corresponde/Benefit Level/Class Code, if applicable Seguro de vida/AD&D/Life/AD&D _____ Seguro comp. de vida/Suppl. Life _____ Seguro de vida del cónyuge/Spouse Life _____ Seguro comp. por AD&D/Suppl. AD&D _____
--	---	--

- Nueva inscripción o incorporaciones/New Enrollment/Additions: (Marque una opción/Check one)**
 Fecha de contratación/Date of Hire ___ / ___ / ___
 Fecha solicitada de cobertura/Requested Date of Coverage ___ / ___ / ___
 - Nueva contratación/New Hire
 - Cambio de estado/Status Change (tiempo parcial a completo/PT to FT)
 - Reintegro de permiso para ausentarse del trabajo o suspensión/Return from Leave/Layoff
 - Nacimiento/Birth Matrimonio/Marriage Adopción/Adoption
 - Dependiente ordenado por un tribunal/Court ordered dependent
 - Otra/Other (describir/describe) _____
- COBRA o continuación de parte del estado/COBRA/State Continuation
 fecha de inicio/start date _____ fecha de finalización/stop date _____
- Inscripción abierta anual/Annual Open Enrollment**
 Fecha de vigencia solicitada de la inscripción/
 Requested Effective Date of Enrollment ___ / ___ / ___

- Cancelaciones: Última fecha de empleo/ Cancellations: Last Date of Employment** ___ / ___ / ___
 Fecha de vigencia solicitada de la cancelación/
 Requested Effective Date of Cancellation ___ / ___ / ___
 - Cancelar toda la cobertura/Cancel all coverage
 - Cancelar todo lo detallado a continuación – Sección B/Cancel all listed below – Section B
 - Razón/Reason: (marque una/check one)
 - Muerte/Death
 - Empleado despedido/Employee Terminated
 - Divorcio/Divorce
 - Se mudó fuera del área de servicio/Moved out of service area
 - El dependiente alcanzó la edad máxima para dependientes/Dependent reached dependent max age
 - Otra/Other (describir/describe) _____

Tipo de empleado/ Employee Type <input type="checkbox"/> Sindicado/Union <input type="checkbox"/> No sindicado/Non-union	<input type="checkbox"/> Asalariado/ Salaried <input type="checkbox"/> Por hora/ Hourly	<input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> COBRA o cont. de parte del estado/ COBRA/State Cont. <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación/ Retire Date _____	Horas trabajadas por semana/ #Hours worked per week _____
---	--	--	--

Firma/Signature _____ Fecha/Date _____

Puesto en la empresa/Employer Position _____ Número de teléfono/Phone Number _____

Cobertura proporcionada por "UnitedHealthcare y afiliadas":/Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":
 Cobertura médica proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company, UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley o UnitedHealthcare of Arkansas, Inc./Medical coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company or UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley or UnitedHealthcare of Arkansas, 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**

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/Sex <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	
		Estatura/Height		Peso/Weight		
Dirección de correo electrónico/Email Address				Raza – Marque todas las que correspondan ² / Race – Check all that apply (opcional/Optional) ²		
Idioma de preferencia, si no es inglés/ Language Preference, if not English				<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/Black/African-American <input type="checkbox"/> Hispano o latino/Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco/White <input type="checkbox"/> Otra raza, especifique/ Other–Please specify _____		
Médico de cuidado primario ¹ /Primary Physician ¹ Nombre y apellido del médico/ Physician First & Last Name _____ N.º de ID/ ID # _____ - _____				Dentista de cuidado primario ¹ /Primary Dentist ¹ Nombre y apellido del dentista/ Dentist First & Last Name _____ N.º de ID/ ID# _____		

¹IMPORTANTE: Consulte con el representante del empleador ya que algunos planes exigen que se elija un médico de cuidado primario o un dentista de cuidado primario./IMPORTANT: Please see employer representative as some plans require a Primary Physician (Primary Care) and/or a Primary Care Dentist (PCD) selection.

²Los datos recopilados solo se usarán para comunicarse con los miembros e informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar, no para determinar el cumplimiento de los requisitos ni el pago de reclamos./Data collected will be used only to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their well-being and not for eligibility or claim payment determination.

**B. Información sobre la familia/
Family Information**

**Indique todas las personas que se inscriben, cambian o cancelan/
List All Enrolling/Changing/Cancelling (adjunte más hojas si es necesario/Attach sheet if necessary)**

Marque la casilla que corresponda/ Check appropriate box <input type="checkbox"/> Inscribir/Enroll <input type="checkbox"/> Cancelar/Cancel <input type="checkbox"/> Cambiar/Change	Parentesco ² / Relationship ²	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento/Date of Birth ____/____/____
	Cónyuge/ Spouse	Número de Seguro Social/Social Security Number			Médico de cuidado primario ¹ /Primary Physician ¹ Nombre/Name: _____	
		Estatura/Height	Peso/Weight		N.º de ID/ID# ____ - _____	
Raza – Marque todas las que correspondan (opcional) ³ /Race – Check all that apply (Optional) ³	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/Black/African-American <input type="checkbox"/> Hispano o latino/Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco/White <input type="checkbox"/> Otra raza, especifique/Other–Please specify _____			Dentista de cuidado primario ¹ /Primary Care Dentist ¹ Nombre/Name: _____ N.º de ID/ ID# _____		

**B. Información sobre la familia/
Family Information
(Continúa/Continued)**

**Indique todas las personas que se inscriben, cambian o cancelan/
List All Enrolling/Changing/Canceling (adjunte más hojas si es necesario/Attach sheet if necessary)**

Marque la casilla que corresponda/ Check appropriate box <input type="checkbox"/> Inscribir/ Enroll <input type="checkbox"/> Cancelar/ Cancel <input type="checkbox"/> Cambiar/ Change	Parentesco ² / Relationship ² Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento/Date of Birth ____/____/____	
		Número de Seguro Social/Social Security Number 				Médico de cuidado primario ¹ /Primary Physician ¹ Nombre/Name: _____	
		Estatura/Height 	Peso/Weight 			N.º de ID/ID# _____ - _____	
Raza – Marque todas las que correspondan (opcional) ³ /Race – Check all that apply (Optional) ³		<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/Black/African-American <input type="checkbox"/> Hispano o latino/Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco/White <input type="checkbox"/> Otra raza, especifique/Other–Please specify _____				Dentista de cuidado primario ¹ /Primary Care Dentist ¹ Nombre/Name: _____ N.º de ID/ ID# _____	
Marque la casilla que corresponda/ Check appropriate box <input type="checkbox"/> Inscribir/ Enroll <input type="checkbox"/> Cancelar/ Cancel <input type="checkbox"/> Cambiar/ Change	Parentesco ² / Relationship ² Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento/Date of Birth ____/____/____	
		Número de Seguro Social/Social Security Number 				Médico de cuidado primario ¹ /Primary Physician ¹ Nombre/Name: _____	
		Estatura/Height 	Peso/Weight 			N.º de ID/ID# _____ - _____	
Raza – Marque todas las que correspondan (opcional) ³ /Race – Check all that apply (Optional) ³		<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/Black/African-American <input type="checkbox"/> Hispano o latino/Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco/White <input type="checkbox"/> Otra raza, especifique/Other–Please specify _____				Dentista de cuidado primario ¹ /Primary Care Dentist ¹ Nombre/Name: _____ N.º de ID/ ID# _____	
Marque la casilla que corresponda/ Check appropriate box <input type="checkbox"/> Inscribir/ Enroll <input type="checkbox"/> Cancelar/ Cancel <input type="checkbox"/> Cambiar/ Change	Parentesco ² / Relationship ² Dependiente/ Dependent	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento/Date of Birth ____/____/____	
		Número de Seguro Social/Social Security Number 				Médico de cuidado primario ¹ /Primary Physician ¹ Nombre/Name: _____	
		Estatura/Height 	Peso/Weight 			N.º de ID/ID# _____ - _____	
Raza – Marque todas las que correspondan (opcional) ³ /Race – Check all that apply (Optional) ³		<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/Black/African-American <input type="checkbox"/> Hispano o latino/Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco/White <input type="checkbox"/> Otra raza, especifique/Other–Please specify _____				Dentista de cuidado primario ¹ /Primary Care Dentist ¹ Nombre/Name: _____ N.º de ID/ ID# _____	

¹ IMPORTANTE: Consulte con el representante del empleador ya que algunos planes exigen que se elija un médico de cuidado primario o un dentista de cuidado primario. ² En algunos casos, es posible que se exija documentación adicional, como una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos. Para obtener más información, consulte con el representante del empleador. ³ Los datos recopilados solo se usarán para comunicarse con los miembros e informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar, no para determinar el cumplimiento de los requisitos ni el pago de reclamos./IMPORTANT: Please see employer representative as some plans require a Primary Physician (Primary Care) and/or a Primary Care Dentist (PCD) selection. ² For some cases, such as Qualified Medical Child Support, additional documentation may be required. Please see employer representative for more information. ³ Data collected will be used only to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their well-being and not for eligibility or claim payment determination.

**C. 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 y seguro por discapacidad a largo plazo. 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/AD&D/Basic Life/AD&D	Seguro comp. de vida/AD&D/Supp Life/AD&D	Seguro voluntario por AD&D/Voluntary AD&D
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____
Cónyuge/Spouse	<input type="checkbox"/> _____	<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"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____
Persona/Person	STD	LTD	STD Buy Up	LTD Buy Up	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 based on salary	
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

D. Historial médico/Medical History

Responda las siguientes preguntas sobre usted y cada persona incluida en la sección B “Información sobre la familia” de este formulario. Responda en forma completa y verdadera. **Tenga presente que, si omite información o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima retroactivamente a la fecha en que su póliza entró en vigencia.** UnitedHealthcare solamente pretende recopilar información sobre el estado de salud actual de las personas incluidas en la solicitud. Al responder estas preguntas, no debe incluir información genética. No incluya información sobre historial médico familiar ni información relacionada con servicios genéticos o enfermedades genéticas que crea que usted o sus dependientes podrían estar en riesgo de tener./Please answer the following questions for yourself and each person listed in Section B “Family Information” on this form. Please answer completely and truthfully. **Please note that, if you leave out or misrepresent information, we may terminate or not renew your coverage, or we may change your premium retroactive to the date your policy became effective.** UnitedHealthcare is only seeking to collect information about the current health status of those persons listed on the application. In answering these questions, you should not include any genetic information. Please do not include any family medical history information or any information related to genetic services or genetic diseases for which you believe you or your dependents may be at risk.

Sí/Yes No En los últimos 5 años, ¿usted o algún familiar incluido en esta solicitud ha sido diagnosticado o tratado por un proveedor médico con licencia por cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, trastornos mentales o nerviosos, enfermedades o defectos congénitos, trasplantes de órganos o de otro tipo, hemofilia, VIH o sida, trastornos inmunitarios, trastornos óseos o articulares, enfermedades hepáticas, renales, pulmonares, cardiovasculares; o alguna de estas personas está actualmente embarazada o ha incurrido en reclamos por gastos médicos o de farmacia que excedan los \$5,000 o está en tratamiento o recibiendo cuidado actualmente por alguna condición médica que no se mencionó arriba?/In the last 5 years have you or any member of your family listed on this application been diagnosed or treated by a licensed medical provider for cancer, diabetes, multiple sclerosis, mental/nervous disorders, congenital birth defects or diseases, organ or other transplants, hemophilia, HIV/AIDS, immune disorders, bone/joint disorders, diseases of the liver, kidney, lungs, heart/circulatory system; or is anyone currently pregnant, incurred medical / pharmacy claims in excess of \$5,000 or currently undergoing treatment / receiving care for a medical condition not listed above?

Detalle todas las respuestas afirmativas anteriores./Please give details to any “yes” answer above.
(Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte y asegúrese de fechar y firmar la hoja./If additional space is required, please attach a separate sheet and be sure to date and sign that sheet.)

**D. Historial médico/Medical History
(Continúa/Continued)**

Persona/Person	Condición o diagnóstico/Condition/Diagnosis	Tratamiento o medicamentos/Treatment/Meds	Nombre y apellido del médico/Physician's Name	Fechas de tratamiento/Dates Treated	Pronóstico/Prognosis

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

**Se debe llenar esta sección./This section must be completed.
(Adjunte más hojas si es necesario/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 (omita 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/ Other Group Medical Coverage Information (detalle solo las personas que están cubiertas por el otro plan/only list those covered by other plan)	Tipo/Type (B/S/F)*	Fecha de vigencia/ Effective Date	Fecha de finalización/ End Date	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza de la otra cobertura/Name and date of birth of policyholder for other coverage
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.

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

**E. Información sobre otra cobertura médica/
Other Medical Coverage Information
(Continúa/Continued)**

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

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte A: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part A: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No cumple los requisitos de la
Parte A*/Ineligible for Part A* | <input type="checkbox"/> No está inscrito en la Parte A/Not Enrolled in Part A
(eligió no inscribirse/chose not to enroll) |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte B: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part B: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No cumple los requisitos de la
Parte B*/Ineligible for Part B* | <input type="checkbox"/> No está inscrito en la Parte B/Not Enrolled in Part B
(eligió no inscribirse/chose not to enroll) |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte D: Fecha de vigencia/
Enrolled in Part D: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No cumple los requisitos de la
Parte D*/Ineligible for Part D* | <input type="checkbox"/> No está inscrito en la Parte D/Not Enrolled in Part D
(eligió no inscribirse/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.

**F. Renuncia a la cobertura/
Waiver of Coverage**

- Rechazo la cobertura/
I decline coverage for:
- Mí mismo/Myself
 - Cónyuge/Spouse
 - Hijos dependientes/
Dependent Children
 - 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:

- Plan del empleador del cónyuge/
Spouse's Employer's Plan
- Plan individual/Individual Plan
- Cobertura de Medicare/Covered by Medicare
- Medicaid
- COBRA del empleador anterior/
COBRA from Prior Employer
- Cumple los requisitos del Depto. de Asuntos de
los Veteranos/VA Eligibility
- Tri-Care
- No tengo (tenemos) otra cobertura en este
momento/I (we) have no other coverage at this time
- 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. Reconozco que recibí la declaración "Información importante" que se incluye en este formulario./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. I acknowledge that I have received the "Important Information" statement which is included with this form.

Iniciales del empleado/ Employee Initials	Fecha/Date
--	------------

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.

G. Firma/Signature (Continúa/Continued)

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.

Confirmo que la información que proporcioné en este formulario es completa y exacta./I confirm that the information I have provided on this form is complete and accurate.

Una persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión./A person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Entiendo que el plan de beneficios de salud que he seleccionado proporciona reembolso por ciertos costos médicos, que se describen con más detalle en el Certificado de Cobertura actual. Entiendo que pueden existir ocasiones en que las decisiones de tratamiento tomadas por mi médico o por mí, o los gastos médicos en los que haya incurrido no estén cubiertos por mi plan de beneficios de salud./I understand that the health benefit plan that I have selected provides reimbursement for certain medical costs, which are more fully described in the current Certificate of Coverage. I understand there may be instances where treatment decisions made by my physician or me or medical expenses which I have incurred may not be covered by my health benefit plan.

Entiendo que la información recopilada en relación con la administración del plan de beneficios se puede usar para presentarme productos o servicios de salud que podrían ser valiosos para mí y según lo permita la ley. Entiendo que ustedes pueden combinar esa información con otra para que deje de ser individualmente identificable y usarla con propósitos comerciales y de otra índole./I understand that information collected in connection with administration of the benefit plan may be used to bring to my attention health products or services that might be valuable to me and otherwise as permitted by law. I understand that you may combine that information with other information so that it is no longer individually identifiable and use it for commercial and other purposes.

Reconozco que recibí la declaración "Información importante" que se incluye al final de este formulario./I acknowledge that I have received the "Important Information" statement which is included at the end of this form.

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

INFORMACIÓN IMPORTANTE/IMPORTANT INFORMATION

Para poder tomar decisiones sobre su cobertura de cuidado de la salud y tratamiento, creemos que es importante que entienda cómo funciona su plan y cómo puede afectarle. En un ambiente que está en constante cambio, la información nunca puede ser completa y le recomendamos que se comunique con nosotros si, después de la inscripción, la información de su Certificado de Cobertura u otros documentos no responde sus preguntas. Puede encontrar más información en www.myuhc.com, por teléfono en el número gratuito de Servicio al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID o en otros materiales del plan./In order to make choices about your health care coverage and treatment, we believe that it is important for you to understand how your plan operates and how it may affect you. In an ever-changing environment, the information can never be complete and we urge you to contact us if, after enrollment, your Certificate of Coverage or other materials do not answer your questions. Further information is available at www.myuhc.com or at the toll-free Customer Care number located on the back of your identification card or on other plan materials.

1. No prestamos servicios de cuidado de la salud ni tomamos decisiones con respecto a los tratamientos. Ayudamos a financiar o administrar el plan de beneficios de salud en el que está inscrito. Esto significa que/We do not provide health care services or make treatment decisions. We help finance and/or administer the health benefit plan in which you are enrolled. That means:
 - Tomamos decisiones sobre si el plan de beneficios de salud que usted eligió le reembolsará o no el cuidado que reciba./We make decisions about whether the health benefit plan you chose will reimburse you for care that you may receive.
 - No decidimos qué cuidado necesita o recibirá. Usted y su proveedor toman esas decisiones./We do not decide what care you need or will receive. You and your provider make those decisions.

INFORMACIÓN IMPORTANTE/IMPORTANT INFORMATION (Continúa/Continued)

2. Es posible que celebremos acuerdos con otras entidades para que desempeñen algunos de nuestros deberes, pero dichas entidades deben operar de manera coherente con nuestro compromiso para con su plan./We may enter into arrangements where another entity carries out some of our duties, but those entities must operate consistently with our commitment to your plan.
3. Es posible que usemos información individualmente identificable sobre usted con el fin de identificar para usted (y solamente usted) procedimientos, productos y servicios que puedan resultarle valiosos./We may use individually identifiable information about you to identify for you (and you alone) procedures, products, and services that you may find valuable.
4. Contratamos redes de médicos y otros proveedores. Nuestro proceso de acreditación confirma la información pública sobre las licencias y demás credenciales de los proveedores, pero no garantiza la calidad de los servicios prestados./We contract with networks of physicians and other providers. Our credentialing process confirms public information about the providers' licenses and other credentials, but does not assure the quality of the services provided.
5. Los médicos y otros proveedores de nuestras redes son contratistas independientes y no son nuestros empleados ni agentes. No controlamos ni tenemos derecho a controlar el plan o tratamiento de su proveedor./Physicians and other providers in our networks are independent contractors and are not our employees or agents. We do not control nor do we have a right to control your provider's treatment or plan.
6. Es posible que celebremos acuerdos con su médico o con otros proveedores para compartir los ahorros en los costos que nuestro enfoque pueda generar. Sugerimos a los proveedores que pertenecen a nuestra red que divulguen la naturaleza de dichos acuerdos con usted. Si no lo hacen, le sugerimos que hable con su proveedor sobre dichos arreglos./We may enter into agreements with your physician or other provider to share in the cost savings that our approach may generate. We encourage providers in our network to disclose the nature of those arrangements with you. If they do not, we encourage you to talk to your provider about these arrangements.
7. Alentamos a los médicos y otros proveedores que hablen con usted sobre el cuidado que usted o su proveedor piense que podría ser valioso./We encourage physicians and other providers to talk with you about care you or your provider think might be valuable.
8. Usaremos información individualmente identificable sobre usted según lo permita la ley, incluso en nuestras operaciones y en nuestras investigaciones. Usaremos datos anónimos con fines comerciales, incluso en las investigaciones./We will use individually identifiable information about you as permitted by law, including in our operations and in our research. We will use anonymous data for commercial purposes including research.

Declaración de afirmación y autorización para obtener y divulgar información relacionada con los requisitos de participación en la cobertura./Statement of affirmation and authorization to obtain and disclose information in connection with eligibility for coverage.

Solicito (solicitamos) la cobertura de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo que se deduzca de mis ingresos cualquier contribución necesaria para la prima./I (we) request the indicated group coverage for myself and, if the plan provides, for my dependents. I authorize any required premium contributions to be deducted from earnings.

Autorizo (autorizamos) a todos los proveedores de servicios o suministros de salud, y a cualquiera de sus representantes a entregar a las siguientes Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud o compañías de seguros cualquier información disponible sobre historial médico, condición o tratamiento de cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud. Autorizo (autorizamos) a las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud y compañías de seguros a usar dicha información para determinar el cumplimiento de los requisitos de participación en la cobertura de salud y en los beneficios de una póliza existente./I (we) authorize all providers of health services or supplies and any of their representatives to give the following to the HMO/insurance company(ies): any available information about the health history, condition, or treatment of any persons named in this request. I (we) authorize the HMO/insurance company(ies) to use this information to determine eligibility for health coverage and eligibility for benefits under an existing policy.

También autorizo (autorizamos) a las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud y compañías de seguros a brindar esta información a sus representantes o a cualquier otra organización por el motivo expuesto más arriba. Acepto (aceptamos) que esta autorización tiene una validez de 30 meses desde la fecha indicada abajo. Sé (sabemos) que tengo (tenemos) derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización./I (we) also authorize the HMO/insurance company(ies) to give this information to its (their) representatives or to any other organization for the reason notified above. I (we) agree that this authorization is valid for 30 months from the date below. I (we) know that I (we) have the right to ask for and to receive a copy of this authorization.

Entiendo que el Certificado de Cobertura y otros documentos, avisos y comunicaciones relacionados con mi plan de beneficios de salud pueden transmitirse electrónicamente./I understand that the Certificate of Coverage and other documents, notices, and communications regarding my health benefit plan may be transmitted electronically.

No le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud que no esté incluida en la Solicitud de Cobertura. Entiendo (entendemos) que las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud o compañías de seguros no deben acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si tales declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta Solicitud de Cobertura o en cualquier documento adjunto./I (we) have not given the agent or any other persons any health information not included on the Request for Coverage. I (we) understand that the HMO/insurance 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 Request for Coverage and any attachments.