

Para acelerar el proceso de inscripción, siga las instrucciones y rellene todas las secciones que correspondan.

- Inscripción
- Cancelación
- Modificación
- Cambio de domicilio
- Cambio de nombre
- Fecha de modificación ___/___/___

A. Información del empleado

Nombre		Inicial	Apellido			Nº de S.S. / Nº de identificación del empleado	
Dirección		Apt. n.º	Ciudad	Condado	Estado	Código postal	País
Teléfono en casa	Teléfono en el trabajo	¿Cuántas horas trabaja a la semana?		Dirección de correo electrónico			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
Estado Civil		Sexo	Fecha de nacimiento		Altura/Peso	Idioma principal	¿Tiene alguna discapacidad que afecte sus capacidades para comunicarse o leer?
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			___pies ___pulg. ___libras		
Médico*			Nº de ID del médico*			¿Lo visita en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

B. Información familiar

Inscripción, cancelación o modificación de datos de dependientes: (adjunte una hoja si es necesario) La adición de un dependiente debido a una pérdida u otras coberturas requiere un Certificado de cobertura creíble de la compañía aseguradora anterior.

Marque la silla corresp.	Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación* *	Altura / Peso	Médico*	¿Lo visita en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
	Nº de Seguro Social del dependiente							Nº de ID del médico	
<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Cancelación <input type="checkbox"/> Modificación	Nº S.S. - -			M F					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Cancelación <input type="checkbox"/> Modificación				M F					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

*IMPORTANTE: utilice el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir el médico de atención primaria, tanto para usted como para cada uno de los dependientes con cobertura, sólo de UnitedHealthcare Select y Select Plus. Las asociadas pueden seleccionar un médico especialista obstetra-ginecólogo como su médico principal.

**Para un dependiente designado por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Si el dependiente no reside con el empleado que cumple los requisitos para inscribirse, facilite la dirección en una hoja distinta.

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

BENEFICIOS MÉDICOS: <input type="checkbox"/> Cobertura sólo para el empleado <input type="checkbox"/> Cobertura para el empleado y su cónyuge <input type="checkbox"/> Cobertura para el empleado e hijos <input type="checkbox"/> Cobertura para empleado /cónyuge e hijos <input type="checkbox"/> Sin cobertura médica (rellene la sección E)	BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL: <input type="checkbox"/> Cobertura sólo para el empleado <input type="checkbox"/> Cobertura para el empleado y su cónyuge <input type="checkbox"/> Cobertura para el empleado e hijos <input type="checkbox"/> Cobertura para empleado/cónyuge e hijos <input type="checkbox"/> Sin cobertura de atención dental <input type="checkbox"/> Renuncio a la cobertura para mí <input type="checkbox"/> Renuncio a la cobertura para mi cónyuge <input type="checkbox"/> Renuncio a la cobertura para mis hijos Motivo: <input type="checkbox"/> Ya tengo cobertura por medio de otro plan <input type="checkbox"/> Otro:	PRODUCTOS DEL SEGURO DE VIDA* PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR Salario en \$ _____ <input type="checkbox"/> sem. <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> Vida/fallecimiento accidental o pérdida de miembros <input type="checkbox"/> Seguro de vida del dependiente <input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario <input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario por fallecimiento accidental o pérdida de miembros Nombre completo y dirección del beneficiario del seguro de vida _____ Relación _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #d3d3d3;">Nivel benef./Cód. clase</th> </tr> <tr> <td>Imp. fijo \$ ___ basado en salario ___ x salario</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Nivel benef./Cód. clase	Imp. fijo \$ ___ basado en salario ___ x salario			
Nivel benef./Cód. clase								
Imp. fijo \$ ___ basado en salario ___ x salario								

DISEÑO DEL PLAN OVERTURE (marque una selección si su empleador le ha ofrecido un Overture Package)

- UnitedHealthcare Overture Classic
- UnitedHealthcare Overture Performance
- UnitedHealthcare Overture Premier

D. A rellenar por el empleador

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

Product Selections – Check all that apply

<input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-union	<input type="checkbox"/> Salaried <input type="checkbox"/> Hourly	<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Retired/Date _____
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Choice+ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Select+ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Managed Indemnity^ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Select Plus+ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Rhapsody^ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Options PPO 80/80^	<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Choice Plus+ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Options PPO^ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Choice Plus^ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Indemnity^ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Overture^ Package ___ (A-S)	DENTAL PLANS <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Dental Managed Indemnity^ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Dental Options^ <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Dental Select DHMO***

^Insurance products provided by United HealthCare Insurance Company +HMO coverage offered by UnitedHealthcare of Texas, Inc.

***Dental Benefits provided by Dental Benefit Providers, Inc., and affiliates

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

Signature/Employer Position _____ Date _____ Phone # _____

E. Otra información sobre la cobertura médica / Renuncia

(esta sección se debe rellenar)

Nombre del solicitante _____

¿Ha recibido usted o alguno de sus dependientes otra cobertura médica en los últimos 12 meses? SÍ NO ¿Se pondrá fin a esta cobertura? SÍ NO

Nombre de la compañía aseguradora (adjunte otras hojas si es preciso)	Fecha de inicio de la cobertura	Fecha de cese de la cobertura	En caso afirmativo, fecha
---	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

Tipo de cobertura: Póliza de grupo Póliza individual Medicare/Medicaid Otros _____

¿Proviene esta cobertura del empleador de su cónyuge? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, indique el nombre del empleador	Nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social del titular de la póliza
---	--

Relación del empleado con el titular de la póliza	Nombres de los miembros de la familia con otra cobertura médica continuada (incluyendo Medicare)
---	--

Fecha de vigencia Medicare Partes A y B	Motivo de la elegibilidad de Medicare: <input type="checkbox"/> Más de 65 años <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Enfermedad renal	Nº de reclamación de Medicare
---	--	-------------------------------

RENUNCIA

Renuncio a inscribir en esta póliza a mi cónyuge, mis hijos dependientes y a mí mismo por los motivos siguientes:

Existencia de otra cobertura médica Cobertura de mi cónyuge Otros motivos (explíquelos) _____
 Marque una de las casillas anteriores, lea lo siguiente y firme el documento.

Entiendo que si yo o alguno de mis dependientes, si los hubiera, renunciamos a la cobertura y deseamos participar en el plan en el futuro, la cobertura se nos puede aplicar como solicitantes fuera de plazo, por lo que deberá satisfacer los requerimientos establecidos en la sección de inscripción del Certificado de cobertura, y se puede iniciar en el próximo periodo de inscripción abierta. Asimismo, entiendo que si renuncio a la inscripción para mis dependientes (entre los que se incluye mi cónyuge) o para mí a causa de la existencia de otra cobertura médica, en el futuro podré inscribir a mis dependientes o a mí en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 31 días a partir de la finalización de dicha cobertura. Además, si se crea una nueva relación de dependencia como resultado de un casamiento, nacimiento, adopción o demanda de adopción o custodia, podré inscribir a mis dependientes o a mí siempre y cuando solicite la inscripción en un periodo de 31 días a partir de dicho matrimonio, nacimiento, adopción o demanda de adopción o custodia. He leído la "información importante" que se encuentra en la otra cara de este formulario.

Firma empleado _____ Fecha _____

F. Estudios de investigación médica/ Otros productos y servicios

(firme sólo si renuncia a la cobertura)

- No deseo recibir información acerca de estudios de investigación médica.
- No deseo recibir información acerca de otros productos o servicios.

Historial médico (sólo con finalidades de calificación)

¿Ha recibido Ud. o alguno de sus dependientes diagnóstico, tratamiento, consejos o recomendaciones en los últimos 5 años para alguno de los siguientes?
MARQUE Y EXPLIQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN.

Cáncer/Tumor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Cénos <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Leucemia/Linfoma <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Otros _____
1	Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____ Fecha del último tratamiento _____ Estado actual _____ Fase/nivel _____

Corazón/Sistema circulatorio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea <input type="checkbox"/> Úlcera cutánea <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Insuficiencia congestiva del corazón <input type="checkbox"/> Marcapasos/angioplastia <input type="checkbox"/> Nivel elevado de colesterol/Triglicéridos <input type="checkbox"/> Otros _____
2	Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____ Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Sistema Reprodutor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazo actual (fecha de parto _____) <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple _____ <input type="checkbox"/> Complicaciones del embarazo (actuales o anteriores) <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Enfermedades mamarias <input type="checkbox"/> Otros _____
3	Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____ Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Sistema Intestinal/ Endocrino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> Enfermedad de colon (facilite el diagnóstico) <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa/ enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Pancreatitis crónica <input type="checkbox"/> Hernia de hiato/Reflujo <input type="checkbox"/> Otros _____
4	Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____ Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Sistema Neurológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Otros _____
5	Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____ Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Inmunitario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> VIH+ <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Otros _____
6	Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____ Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Sistema pulmonar /respiratorio Asma Alergias Fibrosis quística Enfisema/bronquitis crónica
 Neumonía Tuberculosis Apnea del sueño Otros _____
 Sí No **7** Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____
 Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Sistema ocular/otorrinolaringológico Retinopatía Labio leporino/paladar hendido Sinusitis crónica Tabique desviado Neuroma acústico Glaucoma
 Cataratas Infecciones crónicas de oído Otros _____
 Sí No **8** Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____
 Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Sistema urinario /renal Insuficiencia renal Poliquistosis renal Vejiga neurógena
 Piedras renales Enfermedad de próstata Otros _____
 Sí No **9** Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____
 Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Sistema óseo/muscular Bultoma/Hernia discal Enanismo hipofisiario Espina bífida Artritis (reumatoide o artrosis) Lesión de articulación
 Tirón o contractura muscular Otros problemas cervicales o de espalda Otros _____
 Sí No **10** Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____
 Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Salud mental/droga dependencia Trastornos bipolares/depresión maníaca Trastornos alimentarios Ansiedad/Depresión Alcoholismo
 Consumo de drogas Intento de suicidio Trastorno por déficit de atención Otros _____
 Sí No **11** Nombre del paciente _____ Fecha del diagnóstico _____ Tratamiento _____
 Última fecha del tratamiento _____ Estado actual _____

Trasplante Órgano _____ Médula ósea Fecha de la intervención _____ Posibilidad de un futurotrasplante discutida
 Sí No **12** Nombre del paciente _____ Rechazo/Complicaciones _____
 Tratamiento actual _____
 Fecha _____ Estado actual _____

Medicación Medicaciones actuales Nombre del paciente _____
 Sí No **13** Nombre de la medicación _____
 Medicaciones en el último año Nombre del miembro _____
 Nombre de la medicación _____ Última fecha tomada _____

Otros Tratamiento o intervención quirúrgica posibles o recomendados, aunque todavía sin realizar
 Sí No **14** Condición o malformación congénita no mencionadas anteriormente
 Resultados físicos o analíticos fuera de lo normal Cambio de peso sin motivo aparente
 Nombre del paciente _____ Fecha _____
 Detalles _____

Sí No **15** ¿Alguna de las personas de esta solicitud ha consumido productos de tabaco en los últimos 12 meses? Nombre: _____

SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA Y ASEGÚRESE DE FECHAR Y FIRMAR DICHA HOJA.

Firma (el formulario debe estar firmado)

Confirmando que la información que he facilitado en este formulario es completa y exacta.

Entiendo que el plan de beneficios médicos que he seleccionado permite reembolsar determinados costos médicos, que se describen con más detalle en el Certificado de cobertura o en la Breve descripción del plan. También entiendo que puede que algunas decisiones sobre tratamientos efectuadas por mi médico o yo mismo o que algunos de mis gastos médicos no estén cubiertos en el plan de beneficios médicos.

Entiendo que la información recopilada relativa a la administración del plan de beneficios se puede utilizar para enviarme información acerca de productos o servicios médicos que me puedan interesar, tal y como lo permite la ley. Entiendo que pueden combinar dichos datos con otras informaciones, de modo que ya no se puedan identificar individualmente y se puedan utilizar para fines comerciales, entre otros.

Confirmando que he recibido la declaración de "información importante" que se encuentra en la otra cara de este formulario.

Fecha _____ Firma del empleado _____ Firma del cónyuge _____
 (si es posible) y corresponde

INFORMACIÓN IMPORTANTE

A la hora de seleccionar su cobertura médica y el tratamiento, creemos que es importante que conozca cómo funciona su plan y en qué medida puede afectarle. En un entorno en constante evolución, la información nunca se puede considerar definitiva y por ello le animamos a ponerse en contacto con nosotros si la información de su Breve descripción del plan, Certificado de cobertura u otros materiales no responde a sus preguntas.

1. No proporcionamos servicios médicos ni tomamos decisiones acerca de tratamientos. Contribuimos a la financiación y/o administración del plan de beneficios médicos en el que está inscrito. Esto significa que:
 - Tomamos decisiones acerca de si el plan de beneficios médicos que ha seleccionado le reembolsará el importe correspondiente a la atención médica que pueda recibir.
 - No decidimos qué clase de atención médica necesita o debe recibir. Esta clase de decisiones le corresponden a usted y a su médico.
2. Aunque puede que existan acuerdos por los que otra entidad desempeñe algunas de nuestras tareas, dichas entidades deberán trabajar de acuerdo con nuestro compromiso con su plan.
3. Es posible que utilicemos información reconocible individualmente acerca de su persona para identificar para usted, de forma exclusiva, los procedimientos, productos y servicios que puedan ser de su interés.
4. Establecemos contratos con redes de médicos y otros proveedores. Nuestro proceso de acreditación confirma la información pública acerca de las licencias y otras credenciales de los proveedores, aunque no garantiza la calidad de los servicios prestados.
5. Los médicos y otros proveedores de la red son contratistas independientes, y no empleados o agentes nuestros. No controlamos, ni tenemos derecho a hacerlo, el plan o tratamiento de su médico.
6. Puede que lleguemos a acuerdos con su médico u otro proveedor para compartir los costos que nuestro enfoque pueda generar. Recomendamos a los proveedores de nuestra red que divulguen las características de dichos acuerdos con usted. De no ser así, le recomendamos que explique tales acuerdos a su médico.
7. Aconsejamos a los médicos que comenten con usted la atención médica que usted o su médico puedan considerar importante.
8. Utilizaremos información reconocible individualmente acerca de usted en la medida de lo legalmente permitido, lo que incluye nuestras operaciones e investigaciones. Utilizaremos datos anónimos con finalidades comerciales, entre ellas la investigación.

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

Solicito al grupo indicado cobertura médica para mí y, si el plan lo prevé, para mis dependientes. Autorizo la deducción de cualquier contribución por primas de mis ingresos.

Autorizo a todos los proveedores de servicios o suministros médicos y a todos sus representantes a ceder a la empresa o empresas de seguros u organizaciones para el mantenimiento de la salud lo siguiente: cualquier información disponible acerca del historial médico, enfermedades o tratamientos de cualquier persona mencionada en la presente solicitud. Autorizo a la organización para el mantenimiento de la salud o a la empresa o empresas de seguros a utilizar esta información con el objetivo de determinar la elegibilidad para la cobertura médica y para los beneficios en función de una póliza existente.

Asimismo, autorizo a la organización para el mantenimiento de la salud o a la empresa o empresas de seguros a ceder esta información a sus representantes o a cualquier otra organización con el objetivo anteriormente establecido. Convengo que la presente autorización tiene una validez de 30 meses a partir de la fecha presente en el formulario. Reconozco mi derecho a solicitar y recibir una copia de la presente autorización.

Acepto que el Certificado de cobertura, la Breve descripción del plan y otros documentos, notificaciones y comunicaciones relativas a mi plan de beneficios médicos puedan serme enviados de forma electrónica.

No he cedido al agente ni a cualquier otra persona ninguna información médica que no estuviera incluida en la Solicitud de cobertura médica. Entiendo que la organización para el mantenimiento de la salud o a la empresa o empresas de seguros no quedan sujetas a ninguna declaración que haya podido realizar a cualquier agente u otra persona si dichas declaraciones no se hallan escritas o impresas en la presente Solicitud de cobertura médica o en cualquiera de sus anexos.

 Para acelerar el proceso de inscripción,
siga las instrucciones y rellene todas las secciones que correspondan.

Grupos con entre 2 y 50 empleados

Solicitud de inscripción/modificación/cancelación de
Cobertura médica