

Formulario de Inscripción del Empleado/ Employee Enrollment Form



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

Nombre/Número del Grupo/Group Name/Number

Para que lo Complete la Empresa/ To Be Completed by Employer		Fecha de Vigencia Solicitada de la Cobertura/Fecha de Cambio/ Requested Effective Date of Coverage/Date of Change / /	
Fecha de Contratación/ Date of Hire / / Puesto/Título/ Position/Title Horas Trabajadas por semana/ Hours Worked per week Sueldo/Salary \$ _____ Necesario sólo si el Plan de Vida se basa en el sueldo/Required only if Life Plan based on salary		Razón de la Solicitud/ Reason for Application <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"/> Inscripciones Abiertas Anuales/ Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Cambio de Estado/ Status Change _____ <input type="checkbox"/> Agregar/Eliminar Dependiente/ Dependent Add/Delete <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre/Dirección/ Change Name/Address <input type="checkbox"/> Persona Inscrita Tardíamente/ Late Enrollee <input type="checkbox"/> Otra/Other _____	
		Tipo de Empleado/Employee Type (Marque todos los que correspondan/ Check all that apply) <input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> COBRA/Continuación del Estado/ COBRA/State Continuation Fecha de inicio/Start dt ___/___/___ Fecha de fin/End dt ___/___/___ <input type="checkbox"/> Por Hora/Hourly <input type="checkbox"/> Sueldo/Salary <input type="checkbox"/> Sindicato/Union <input type="checkbox"/> Sin Sindicato/Non-Union <input type="checkbox"/> Otro/Other _____ <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired	

A. Información del Empleado/ Employee Information

Apellido/ Last Name	Nombre/ First Name	Inicial del 2º Nombre/MI	Número del Seguro Social/ Social Security Number	Teléfono Residencial/Home Phone Teléfono del Trabajo/Work Phone
Dirección/Address	Nº de Apartamento/ Apt #	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/Zip Code
Fecha de Nacimiento/ Date of Birth	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idioma de preferencia si no habla inglés/Language preference, if not English		
Estado Civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Viudo/Widowed	Médico* (Nombre y Apellido)/ N° de Identificación/ Physician* (First & Last Name)/ ID #		Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/ N° de Identificación/Primary Care Dentist (First & Last Name)/ ID #	

B. Información de la Familia/ Family Information

**Indique Todas las Personas que Se Inscriben (Adjunte más hojas si es necesario)/
List All Enrolling (Attach sheet if necessary)**

Apellido/ Last Name	Nombre/ First Name	Inicial del 2º Nombre/MI	Sexo/ Sex	Parentesco**/ Relationship**	Fecha de Nacimiento/ Birthdate	Estudiante a Tiempo Completo/Full Time Student	Médico* (Nombre/Nº de Identificación)/ Physician* (Name/ID#)
			M F	Cónyuge/ Spouse			Dentista de Atención Primaria (Nombre/Nº de Identificación)/ Primary Care Dentist (Name/ID#)
			M F	Dependiente/ Dependent		<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No	
			M F	Dependiente/ Dependent		<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No	
			M F	Dependiente/ Dependent		<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No	

IMPORTANTE:** Utilice el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir a un Médico de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para UnitedHealthcare Select, Select Plus y otros productos que requieran la designación de un Médico de Atención Primaria. *En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo, consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, proporcione la dirección en una hoja aparte. Toda referencia a "Cónyuge" incluye a una Pareja de Unión Libre./*****IMPORTANT:** Please use the UnitedHealthcare directory of providers to choose a Primary Physician (Primary Care) for yourself and each of your covered dependents, for UnitedHealthcare Select, Select Plus, and other products requiring a Primary Physician designation only. ****For court ordered dependent, legal documentation must be attached. Please see employer representative for more information about the qualifications for full-time student status. If dependent does not reside with eligible employee, please provide address on a separate sheet. All references to Spouse include a Domestic Partner.**

C. Selección de Productos/ Product Selection		Marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja./Please check all that apply. Benefit offerings are dependent upon employer selection.							Dual Option Plan Seleccionado/Dual Option Plan Selected	
Persona/ Person	Médico/ Medical	Dental/ Dental	Vista/ Vision	Vida/Cantidad/ Life/Amount	De Vida Sup/ Sup Life	AD&D Sup/ Sup AD&D	STD	LTD	Médico/ Medical	Dental/ Dental
Empleado/ Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>						
Dependientes/ Dependents	<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's Full Name and Address								Parentesco/Relationship		

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":
 Cobertura médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company
 Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company, Unimerica Insurance Company, PacifiCare Life Assurance Company
 Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company
 Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company/
 Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":
 Medical coverage provided by United HealthCare Insurance Company
 Dental coverage provided by United HealthCare Insurance Company, Unimerica Insurance Company, PacifiCare Life Assurance Company.
 Life Insurance coverage provided by United HealthCare Insurance Company or Unimerica Insurance Company
 Vision coverage provided by United HealthCare Insurance Company or Unimerica Insurance Company

**D. Información sobre su Seguro Médico Anterior/
Prior Medical Insurance Information** **Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior./
This section must be completed to receive credit for prior medical coverage.**

Dentro de 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/ NO SÍ/YES (si la respuesta es "sí", complete 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 Hijo(s)/Child(ren) Familia/Family

**E. Información sobre Otra Cobertura Médica/
Other Medical Coverage Information** **Se debe completar 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 estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo 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 completando esta sección/continue completing this section) NO/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 de Otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo 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 MM/DD/AA/ Effective Date MM/DD/YY	Fecha de Finalización MM/DD/AA/End Date 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' cuando este dependiente esté 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 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 miembro de su familia) 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 del Empleado:/ Medicare – Employee Information:	Si está inscrito en Medicare, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare./ If enrolled in Medicare, please attach a copy of your Medicare ID card.	
<input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia/ _____ Enrolled in Part A: Effective Date	<input type="checkbox"/> No elegible para la Parte A*/ Ineligible for Part A*	<input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)**/ Not Enrolled in Part A (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 elegible para la Parte B*/ Ineligible for Part B*	<input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)**/ Not Enrolled in Part B (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 elegible para la Parte D*/ Ineligible for Part D*	<input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)**/ Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)**
Razón para la elegibilidad para Medicare:/Reason for Medicare eligibility:		
<input type="checkbox"/> Mayor de 65 años/Over 65	<input type="checkbox"/> Enfermedades Renales/Kidney Disease	
<input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled	<input type="checkbox"/> Discapacitado pero está activo en el trabajo/Disabled but actively at work	
	¿Está recibiendo el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)?/Are you receiving Social Security Disability Insurance (SSDI)?	
	<input type="checkbox"/> Sí/YES <input type="checkbox"/> NO/NO Fecha de Inicio/Start Date ___ / ___ / ___	

Medicare - Nombre del Cónyuge/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 elegible para la Parte A*/ Ineligible for Part A*	<input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)**/ Not Enrolled in Part A (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 elegible para la Parte B*/ Ineligible for Part B*	<input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)**/ Not Enrolled in Part B (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 elegible para la Parte D*/ Ineligible for Part D*	<input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)**/ Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)**

Razón para la elegibilidad para Medicare:/Reason for Medicare eligibility:

<input type="checkbox"/> Mayor de 65 años/Over 65	<input type="checkbox"/> Enfermedades Renales/Kidney Disease
<input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled	<input type="checkbox"/> Discapacitado pero está activo en el trabajo/Disabled but actively at work

*Sólo marque "No Elegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare./
*Only check "Ineligible" if you have received documentation from your Social Security benefits that indicate that you are not eligible for Medicare.
** Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/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.

F. Renuncia a la Cobertura/ Waiver of Coverage	<p>Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra:/ Declining coverage due to existence of other coverage:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de la Empresa del Cónyuge/ Spouse's Employer's Plan</p> <p><input type="checkbox"/> Plan Individual/Individual Plan</p> <p><input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare/Covered by Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid/Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> COBRA de la Empresa Anterior/ COBRA from Prior Employer</p> <p><input type="checkbox"/> Elegibilidad para VA/VA Eligibility</p> <p><input type="checkbox"/> Tri-Care/Tri-Care</p> <p><input type="checkbox"/> Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento/I (we) have no other coverage at this time</p> <p><input type="checkbox"/> Otro/Other _____</p>	<p>Entiendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, entiendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario./I understand that by waiving coverage at this time, I will not be allowed to participate unless I experience a life change event, at the next open enrollment period or as a late enrollee, if applicable. I also understand that pre-existing limitations may apply as explained in the Rights and Responsibilities brochure which I have received with this form.</p>
---	---	---

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

G. Firma/Signature

Entiendo que estoy completando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier contribución necesaria para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud que no esté incluida en la solicitud. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no deben acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo la obligación permanente de informar los cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi tarjeta de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros./ I understand that I am completing a joint life and health application and that each response must be complete and accurate. I (we) request the indicated group medical coverage for myself and, if the plan provides, for my dependents. I authorize any required premium contributions to be deducted from earnings. I (we) have not given the agent or any other persons any health information not included on the application. I (we) understand that UnitedHealthcare and Affiliates 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. I have a continuing obligation to report changes in health status (e.g. received medical advice, diagnosis, care or treatment) after I sign the enrollment form and before receipt of my identification card. Please maintain a copy of this authorization for your records.

Fecha/Date	Firma del Empleado para 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: La respuesta a esta pregunta es opcional y no es obligatoria. Los datos recopilados en esta sección sólo 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 elegibilidad./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:
- Blanco/White
 - Negro, Afroamericano/Black, African-American
 - Indioamericano/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native
 - Asiático/Asian
 - Nativo de Hawai/de otra Isla del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander
 - Otra Raza, por favor especifique/Other Race, please specify _____
2. ¿Es usted hispano o latino?/Are you of Hispanic or Latino origin? Sí/Yes No/No

Al completar esta solicitud:

Yo (Nosotros) acepto (aceptamos) que esta autorización tiene una validez de 30 meses desde la fecha de esta solicitud. Yo (Nosotros) sé (sabemos) que tengo (tenemos) derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que el Certificado de Cobertura, el Resumen de Descripción del Plan y otros documentos, avisos y comunicaciones relacionados con mi cobertura, pueden transmitirse electrónicamente.

Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que la HMO/la(s) compañía(s) de seguros no debe acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en la solicitud o en cualquier documento adjunto.

Confidencialidad

Asegúrese de que la empresa para la cual trabaja haya completado la sección "To be completed by the employer" (Para ser completado por la empresa para la cual trabaja), del formulario de inscripción, antes de comenzar a completar su parte del formulario. Si usted no desea divulgar información personal a través de este formulario, a ninguna persona que no sea parte de UnitedHealthcare o sus afiliadas y representantes a los efectos de contratación de seguros y otros propósitos permitidos por la ley, puede completar toda la información en el formulario de inscripción y luego colocar el formulario en un sobre y sellarlo, antes de devolverlo a la empresa para la cual trabaja o al corredor de seguros.



Sus derechos y responsabilidades



Información importante

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

1. No prestamos servicios médicos ni tomamos decisiones con respecto a los tratamientos. Ayudamos a financiar y/o administrar el plan de beneficios de salud en el que está inscrito. Esto significa que:
 - Tomamos decisiones sobre si el plan de beneficios de salud que usted eligió le reembolsará por la atención que pueda recibir.
 - No decidimos qué atención necesita o recibirá. Usted y su médico toman esas decisiones.
2. Podemos hacer arreglos en los que otras entidades desempeñen algunos de nuestros deberes, pero dichas entidades deben operar de manera coherente con nuestro compromiso para con su plan.
3. Contratamos redes de médicos y otros proveedores. Nuestro proceso de credencialización confirma la información pública sobre las licencias y demás credenciales de los proveedores, pero no garantiza la calidad de los servicios prestados.
4. Los médicos y otros proveedores de nuestras redes son contratistas independientes y no son nuestros empleados o agentes. No controlamos ni

tenemos derecho a controlar el tratamiento del médico o el plan.

5. Podemos hacer arreglos con su médico o con otros proveedores para compartir los ahorros en los costos que nuestro enfoque puede generar. Sugerimos a los proveedores que pertenecen a nuestra red que divulguen la naturaleza de esos arreglos con usted. Si no lo hacen, le sugerimos que hable con su médico sobre dichos arreglos.
6. Sugerimos a los médicos que hablen con usted sobre la atención médica que usted o su médico piensan que podría ser valiosa.

Condiciones preexistentes

Si usted o sus dependientes cubiertos han recibido consejos, atención o tratamiento médicos para una lesión o enfermedad antes del inicio de la cobertura o durante el período de espera de su plan de salud, dicha lesión o enfermedad puede ser considerada una condición preexistente.

De acuerdo con las leyes federales, para determinar si existe una condición preexistente, un plan de salud de grupo puede analizar retrospectivamente un período de hasta seis meses anterior a la fecha de inicio de la cobertura o, si es anterior, la fecha de inicio del período de espera. El plan de salud de grupo puede excluir beneficios para condiciones preexistentes durante hasta 12 meses (18 meses para las personas que ingresaron tardíamente al plan) a partir de la fecha anterior. El embarazo no es una condición preexistente. La condición preexistente no se aplicará a un niño recién nacido, a un niño adoptado o a un niño puesto en adopción antes de los 18 años de edad, si dicho niño es inscrito en un plan dentro de los 30 días de su nacimiento, adopción o puesta en adopción. La información genética no se considera una condición

preexistente a menos que exista un diagnóstico específico relacionado con dicha información.

De acuerdo con las leyes federales, el plan de salud de grupo debe reducir el período de exclusión de condiciones preexistentes a la misma cantidad de días que usted o sus dependientes estuvieron cubiertos por planes de salud anteriores, a menos que haya existido una interrupción significativa en la cobertura. Si usted o sus dependientes han tenido una interrupción en la cobertura, de 63 días o más (incluyendo al niño recién nacido, el niño adoptado o el niño puesto en adopción), la cobertura de planes anteriores no se utilizará para reducir el período de exclusión de condiciones preexistentes. Para determinar si ha habido una interrupción de 63 días o más en la cobertura, los planes no pueden incluir el período de espera que usted o sus dependientes posiblemente hayan tenido que cumplir. Para recibir crédito por la cobertura de planes de salud anteriores (y así reducir o eliminar cualquier exclusión de condición preexistente), usted debe presentar una prueba de cobertura anterior. Usted tiene derecho a solicitar un Certificado de Cobertura Acreditable Anterior a la empresa para la cual trabajó anteriormente o a la compañía de seguros. Si es necesario, UnitedHealthcare le ayudará a obtener dicha información.

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

Entiendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas.

Yo (Nosotros) solicito (solicitamos) la cobertura médica y/o de vida de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes.

Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima.