

Formulario de Inscripción/Renuncia a la Cobertura para Empleados de Pequeñas Empresas/Small Business

Employee Enrollment Form/Waiver of Coverage

Abril 1, 2015/April 1, 2015

Instrucciones

Llene la información solicitada en cada sección de acuerdo con las pautas que se señalan a continuación. Sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan. Una vez que lo haya llenado, presente el formulario de inscripción ante su empresa para que lo procese.

Sección A: Información del Empleado

- Llene toda la información solicitada.
- Si se inscribe en un plan HMO de UnitedHealthcare of California, debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP). Seleccione un Médico de Atención Primaria del *Directorio de Proveedores* para usted y para cada miembro de su familia, y escriba el nombre del Médico de Atención Primaria y el número de Proveedor en el lugar indicado. Puede seleccionar un Médico de Atención Primaria diferente para cada miembro de su familia.

La selección de un Médico de Atención Primaria sólo es obligatoria si se selecciona un plan UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO), UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO Value), UnitedHealthcare SignatureValue™ Alliance (HMO) o UnitedHealthcare SignatureValue™ Focus (HMO). Si usted no elige un Médico de Atención Primaria cuando selecciona uno de estos planes, se le asignará uno automáticamente.

- Si se inscribe en un Plan Dental HMO, seleccione un Dentista de Atención Primaria (Primary Care Dentist, PCD) del *Directorio de Proveedores Dentales* para usted y para cada miembro de su familia. Escriba el nombre del Dentista de Atención Primaria y el Número de Proveedor en el lugar indicado. Puede elegir un Dentista de Atención Primaria diferente para cada miembro inscrito, sin embargo los Dentistas de Atención Primaria no se pueden asignar automáticamente y sólo se requieren para los planes Dentales HMO.

Sección B: Información de Dependientes

- Llene toda la información para cada dependiente inscrito, incluido el número del Seguro Social.
- Para cada dependiente que se inscriba en un Plan UnitedHealthcare of California HMO, seleccione un Médico de Atención Primaria del *Directorio de Proveedores* y escriba el nombre del Médico de Atención Primaria y el Número de Proveedor en el lugar indicado. Puede elegir un Médico de Atención Primaria diferente para cada miembro de su familia. Si usted no elige un Médico de Atención Primaria cuando selecciona uno de estos planes, se le asignará uno automáticamente.
- Para cada dependiente que se inscriba en un Plan Dental HMO, seleccione un Dentista de Atención Primaria del *Directorio de Proveedores Dentales*. Escriba el nombre del Dentista de Atención Primaria y el Número de Proveedor en el lugar indicado. Puede elegir un Dentista de Atención Primaria

Instructions

Complete the information requested in each section according to the guidelines provided below. Please be thorough and fill out all sections that apply. Submit the completed enrollment form to your employer for processing.

Section A: Employee Information

- Please complete all information requested;
- If enrolling in a UnitedHealthcare of California HMO plan, you must select a Primary Care Physician (PCP). Select a PCP from the *Provider Directory* for yourself and each of your family members by writing the PCP name and Provider Number in the area provided. You may choose a different PCP for each member of your family.

PCP selection is only required if a UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO), UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO Value), UnitedHealthcare SignatureValue™ Alliance (HMO), or UnitedHealthcare SignatureValue™ Focus (HMO) plan is selected. If you do not select a PCP when selecting one of these plans, a PCP will be automatically assigned to you.

- If enrolling in a Dental HMO Plan, select a Primary Care Dentist (PCD) from the Dental Provider Directory for yourself and each of your family members. Write the PCD name and Provider Number in the area provided. You may choose a different Primary Care Dentist for each enrolling member, however PCDs cannot be automatically assigned and are only required for the Dental HMO plans.

Section B: Dependent Information

- Complete all information for each enrolling dependent, including any enrolling dependent's Social Security number.
- For each dependent enrolling in a UnitedHealthcare of California HMO Plan, select a Primary Care Physician (PCP) from the *Provider Directory* by writing the PCP name and Provider Number in the area provided. You may choose a different PCP for each member in your family. If you do not select a PCP when selecting one of these plans, a PCP will be automatically assigned to you.
- For each dependent enrolling in a Dental HMO Plan, select a Primary Care Dentist from the Dental Provider Directory. Write the PCD name and Provider Number in the area provided. You may choose a different Primary Care Dentist for each enrolling member, however PCDs cannot be automatically assigned and are only required for the Dental HMO plans.
- Verify that spousal and domestic partner coverage is available through your Employer.
- Dependents are covered to age 26 and no full-time student status is required.

diferente para cada miembro inscrito, sin embargo los Dentistas de Atención Primaria no se pueden asignar automáticamente y sólo se requieren para los planes Dentales HMO.

- Verifique que la cobertura de su cónyuge o pareja de unión libre esté disponible a través de la Empresa para la cual usted trabaja.
- Los dependientes están cubiertos hasta los 26 años de edad y no se requiere que sean estudiantes a tiempo completo.

Sección C: Selección de Productos

- Las ofertas de beneficios dependen de las elecciones de la empresa para la cual trabaja. Consulte con su empresa para saber cuáles son las opciones de planes disponibles que se le ofrecen.
- Marque la casilla de cada plan en el que usted o sus dependientes se inscriban.
- Todos los miembros de la familia que se inscriban deben seleccionar el mismo plan médico y dental.
- Si elige un plan médico de UnitedHealthcare, escriba el código de tres o cuatro dígitos del plan que haya elegido en el espacio indicado. Por ejemplo: Código del Plan **GN-3**.
- Si elige un plan (HMO) de UnitedHealthcare of California, escriba la descripción del plan que haya elegido. Por ejemplo: **UnitedHealthcare SignatureValue™ 20-40/250d**.

Sección D: Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico

- Si usted, su cónyuge/pareja de unión libre o algún dependiente estará cubierto por cualquier otro plan de salud/plan de seguro médico, incluido Medicare, en la fecha en que comience la cobertura de este plan de salud/seguro, llene esta sección. Si no existe otra cobertura/plan médico, indíquelo marcando NO.

Sección E: Renuncia a la Cobertura

- Usted puede renunciar a la cobertura de servicios de atención de la salud proporcionada a través de su empresa para usted y/o cualquiera de los miembros de su familia. Si renuncia a la cobertura para usted y/o para cualquier miembro de su familia, se requiere una firma en esta sección. Lea toda la sección detenidamente, firme y feche con tinta, y devuelva el formulario a su empresa para que lo procesen.

Sección F: Firma de la Solicitud

- Lea esta sección detenidamente, firme y feche.

Sección G: Arbitraje Obligatorio y Definitivo: Se Aplica Solamente a los Afiliados a UnitedHealthcare of California (HMO)

- Lea esta sección detenidamente, firme y feche.

Sección H: Información del Censo

- Marque todas las casillas que correspondan. La información recopilada en esta sección solamente se usará para comunicarse con los afiliados e informarles de programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no se utilizará en el proceso de elegibilidad.

Section C: Product Selection

- Benefit offerings are dependent on your employer selections. Check with your employer for available plan options being offered to you.
- Check the box for each plan in which you or your dependents are enrolling.
- All enrolling family members must select the same medical and dental plan.
- When selecting a UnitedHealthcare medical plan, write the three-digit or four-digit plan code of your selection in the space provided. For example: Plan Code **GN-3**.
- When selecting a UnitedHealthcare of California (HMO) plan, write the description of the plan you selected. For example: **UnitedHealthcare SignatureValue™ 20-40/250d**.

Section D: Other Medical Insurance/Health Plan Coverage Information

- If you, your spouse/domestic partner, or any dependent will be covered under any other medical insurance plan/health plan, including Medicare, on the day this insurance/health plan coverage begins, please complete this section. If no other medical plan/coverage exists, please indicate by checking NO.

Section E: Waiver of Coverage

- You can waive the health care services coverage provided through your employer for yourself and/or any of your family members. If waiving coverage for yourself and/or any family member, a signature is required in this section. Please read the entire section carefully, sign and date in ink, and return the form to your employer for processing.

Section F: Application Signature

- Review this section carefully, sign and date.

Section G: Binding Arbitration – Applicable to UnitedHealthcare of California (HMO) Enrollees Only

- Review this section carefully, sign and date.

Section H: Census Information

- Check all boxes that apply. The information collected in this section will only be used 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.

Instrucciones para la Empresa

Llene la sección superior del Formulario de Inscripción para Empleados y confirme que el empleado haya llenado toda la información requerida. Envíe los cambios de inscripción/elegibilidad y cancelaciones, de acuerdo con el plan en el que se inscriba el empleado:

Envíe por fax al 1-866-372-1316 o en línea:

Select, Select Plus, Core y planes Médicos, Dentales y de la Vista con HSA, y Seguro de Vida: www.employerservices.com

SignatureValue, SignatureValue Advantage, Focus y Alliance

Sólo Planes Médicos: www.uhctest.com (pestaña "Employer" [Empleador])

Para nuevos grupos empresariales o para hacer preguntas adicionales, comuníquese con su agente de seguros o con la oficina de ventas local de UnitedHealthcare.

Employer Instructions

Complete the top section of the Employee Enrollment Form and confirm all required information has been completed by the employee. Submit enrollment/eligibility changes and terminations, based on the plan in which the employee is enrolling:

Fax to 1-866-372-1316 or online:

Select, Select Plus, Core, and HSA Medical, Dental, Vision and Life – www.employerservices.com

SignatureValue, SignatureValue Advantage, Focus and Alliance

Medical Only – www.uhctest.com (Employer tab)

For new business groups or additional questions, contact your broker or local UnitedHealthcare sales office.

Formulario de Inscripción del Empleado/
Employee Enrollment Form

Para agilizar el proceso de inscripción, sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan./

To speed the enrollment process, please be thorough and fill out all sections that apply.

La Empresa Debe Llenar esta Sección/To Be Completed by Employer	Nombre/Número del Grupo/Group Name/Number	
Fecha de Vigencia Solicitada de la Cobertura del Plan de Salud/Seguro/Fecha de Cambio/Requested Effective Date of Insurance/Health Plan Coverage/Date of Change / /	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"/> Agregar/Eliminar Dependiente/Dependent Add/Delete <input type="checkbox"/> Inscripciones Abiertas Anuales/Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre/Dirección/Change Name/Address <input type="checkbox"/> Persona Inscrita Tardíamente/Late Enrollee <input type="checkbox"/> Despido/Termination Fecha/Date: ___/___/___	Tipo de Empleado (marque todo lo que corresponda)/Employee Type (check all that apply) <input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> Sindicado/Union <input type="checkbox"/> No Sindicado/Non-Union <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Por Hora/Hourly <input type="checkbox"/> Asalariado/Salary <input type="checkbox"/> Otro/Other _____ <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA Fecha de Inicio/Start Date ___/___/___ Fecha de Finalización/End Date ___/___/___
Fecha de Contratación/ Date of Hire / /	<input type="checkbox"/> Renuncia a la Cobertura (Llene las Secciones A y E/ Waiving Coverage (Complete Sections A and E) <input type="checkbox"/> Evento de Vida/Fecha/Life Event/Date _____ <input type="checkbox"/> Cambio de Estado/Status Change _____ <input type="checkbox"/> Otro/Other _____	Indique el Evento que Califica/ Indicate Qualifying Event _____
Puesto/Cargo/Position/Title		Fecha del Evento que Califica Original/Original Qualifying Event Date Fecha de Inicio/Start Date ___/___/___ Fecha de Finalización/End Date ___/___/___
Horas Trabajadas por Semana/ Hours Worked Per Week		

A. Información sobre el Empleado/Employee Information	Llene Todas las Secciones/Complete All Sections Si renuncia a la cobertura, solamente llene las Secciones A y E/ If you are waiving coverage, please complete only Sections A and E
--	--

Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Número del Seguro Social/ Social Security Number	Teléfono Residencial/Celular/ Home Phone/Cell Teléfono del Trabajo/Work Phone	
Dirección/Address	N.º de Apartamento/ Apt #	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/ ZIP Code	Dirección de Correo Electrónico/Email Address
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"/> Viudo/Widowed	<input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre/Domestic Partner	<input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced	
Idioma Preferido/Preferred Language: <input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Chino/Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other _____					
Nombre del Médico de Atención Primaria¹/Primary Care Physician¹ Name:			Nombre del Dentista de Atención Primaria²/Primary Care Dentist² Name:		
Dirección/Address N.º de Identificación/ ID#			N.º de Identificación/ID#: Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		
Paciente Médico Actual/Existing Patient Medical <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No					

IMPORTANTE: (1) Use el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos para los productos que requieren la designación de un Médico de Atención Primaria. (2) Use el Directorio Dental para elegir un Dentista de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos para los productos que requieren la designación de un Dentista de Atención Primaria. (3) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. (4) Con respecto a la selección de la cobertura del plan de salud HMO: Si respondió "Sí" en Discapacitado y el hijo dependiente es mayor de 26 años de edad, soltero, depende principalmente del suscriptor para su manutención y no es capaz de mantenerse a sí mismo debido a una lesión, enfermedad o condición que le produce una discapacidad física o mental, adjunte un certificado médico de la discapacidad./**IMPORTANT:** (1) Please use the UnitedHealthcare Provider Directory to select a Primary Care Physician for yourself and each of your covered dependents for products requiring a Primary Care Physician designation. (2) Please use the Dental Directory to select a Primary Care Dentist for yourself and each of your covered dependents for products requiring a Primary Care Dentist designation. (3) For court-ordered dependent, legal documentation must be attached. (4) Applicable to HMO health plan coverage selection: If you answered "Yes" for Disabled and the dependent child is 26 years of age or older, unmarried, chiefly dependent upon subscriber for support and is not able to be self-supporting because of a physically or mentally disabling injury, illness or condition, please attach a medical certification of disability.

B. Información de Dependientes/ Dependent Information **Indique Todas las Personas que Se Inscriben (adjunte más hojas si es necesario)/List All Enrolling (attach sheet if necessary)**

Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M) Número del Seguro Social/ Social Security Number _____	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco ³ / Relationship ³ Cónyuge/ Pareja de Unión Libre/Spouse/ Domestic Partner	Fecha de Nacimiento/Birth Date ____/____/____
--	--	--	--

Dirección (si es diferente de la del Empleado)/Address (if different from Employee)	Idioma Preferido/Preferred Language <input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Chino/Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
---	---

Nombre del Médico de Atención Primaria ¹ /Primary Care Physician ¹ Name: Dirección/Address: N.º de Identificación/ ID# _____	Nombre del Dentista de Atención Primaria ² / Primary Care Dentist ² Name: _____ N.º de Identificación/ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M) Número del Seguro Social/ Social Security Number _____	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco ³ / Relationship ³ Dependiente/ Dependent	Fecha de Nacimiento/Birth Date ____/____/____
--	--	---	--

Dirección (si es diferente de la del Empleado)/Address (if different from Employee)	Marque la casilla cuando seleccione la cobertura del plan de salud HMO/Please check box when selecting HMO health plan coverage: Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad ⁴ / Permanently disabled and age 26 or older ⁴ <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
Idioma Preferido/Preferred Language <input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Chino/Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other _____	

Nombre del Médico de Atención Primaria ¹ /Primary Care Physician ¹ Name: Dirección/Address: N.º de Identificación/ ID# _____	Nombre del Dentista de Atención Primaria ² / Primary Care Dentist ² Name: _____ N.º de Identificación/ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M) Número del Seguro Social/ Social Security Number _____	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco ³ / Relationship ³ Dependiente/ Dependent	Fecha de Nacimiento/Birth Date ____/____/____
--	--	---	--

Dirección (si es diferente de la del Empleado)/Address (if different from Employee)	Marque la casilla cuando seleccione la cobertura del plan de salud HMO/Please check box when selecting HMO health plan coverage: Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad ⁴ / Permanently disabled and age 26 or older ⁴ <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
Idioma Preferido/Preferred Language <input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Chino/Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other _____	

Nombre del Médico de Atención Primaria ¹ /Primary Care Physician ¹ Name: Dirección/Address: N.º de Identificación/ ID# _____	Nombre del Dentista de Atención Primaria ² / Primary Care Dentist ² Name: _____ N.º de Identificación/ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M) Número del Seguro Social/ Social Security Number _____	Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco ³ / Relationship ³ Dependiente/ Dependent	Fecha de Nacimiento/Birth Date ____/____/____
--	--	---	--

Dirección (si es diferente de la del Empleado)/Address (if different from Employee)	Marque la casilla cuando seleccione la cobertura del plan de salud HMO/Please check box when selecting HMO health plan coverage: Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad ⁴ / Permanently disabled and age 26 or older ⁴ <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
Idioma Preferido/Preferred Language <input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Chino/Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other _____	

Nombre del Médico de Atención Primaria ¹ /Primary Care Physician ¹ Name: Dirección/Address: N.º de Identificación/ ID# _____	Nombre del Médico de Atención Primaria ² / Primary Care Dentist ² Name: _____ N.º de Identificación/ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

**C. Selección de Productos/
Product Selection**

Marque la casilla de cada plan en que se inscriba usted o cada uno de sus dependientes. Los beneficios ofrecidos dependen de las selecciones de la empresa para la cual trabaja./Check the box for each plan you or your dependents are enrolling in. Benefit offerings are dependent on employer selections.

Persona/Person	Médico/ Medical	Dental	Vista/ Vision	Selección de Plan Médico y Plan Dental: Escriba el Código o la Descripción del plan Médico y Dental en el que desea inscribirse./Medical Plan and Dental Plan Selection – Write in the Plan Code or Description of the Medical and Dental plan in which you wish to enroll.
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Código/Descripción del Plan Médico/Medical Plan Code/Description:
Cónyuge/Pareja de Unión Libre/ Spouse/Domestic Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Código/Descripción del Plan Dental/Dental Plan Code/Description:
Dependientes/Dependents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D. Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico/Other Medical Insurance/Health Plan Coverage Information

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

El día que comience la cobertura de este plan de salud/seguro, ¿usted, su cónyuge/pareja de unión libre o alguno de sus dependientes estará cubierto por otro plan de salud/seguro médico, incluido otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?/On the day this insurance/health plan coverage begins, will you, your spouse/domestic partner or any of your dependents be covered under any other medical insurance/health plan coverage, including another UnitedHealthcare plan or Medicare?

- SÍ/YES (continúe llenando esta sección/continue completing this section)
 NO (Si la respuesta es NO, omita el resto de la sección Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico./If NO, then skip the rest of the Other Medical Insurance/Health Plan Coverage section.)

Nombre de la otra compañía de seguros/Name of other carrier _____

Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)/Other Group Medical Insurance/Health Plan Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo/ Type (B/S/F) [†]	Fecha de Vigencia/ Effective Date MM/DD/AA/ MM/DD/YY	Fecha de Finalización/End Date MM/DD/AA/ MM/DD/YY	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza/empleado cubierto por otro seguro/plan de salud/ Name and date of birth of policyholder/ covered employee for other insurance/ health plan coverage
Empleado/Employee:		/ /	/ /	
Nombre del Cónyuge/Pareja de Unión Libre/ Spouse/Domestic Partner Name:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	

[†]B. Ingrese "B" cuando este dependiente esté cubierto por su plan de salud/seguro y por el de su cónyuge (casados)./Enter 'B' when this dependent is covered under both you and your spouse's insurance/health plan coverage (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.

Cobertura proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas"/Coverage provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":

Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a la(s) cobertura(s) seleccionada(s)/Check appropriate box(s) for coverage(s) selected:

Médica/Medical UnitedHealthcare Insurance Company (Productos de Seguro: Select, Select Plus, Non-Differential PPO)/UnitedHealthcare Insurance Company (Insurance Products: Select, Select Plus, Non-Differential PPO)

Médica/Medical UnitedHealthcare of California (HMO)

Dental UnitedHealthcare Insurance Company o/UnitedHealthcare Insurance Company or Dental Benefit Providers of California, Inc.

Vista/Vision UnitedHealthcare Insurance Company

Los servicios administrativos son prestados por United Healthcare Services, Inc., OptumRx, Inc. u OptumHealth Care Solutions, Inc. Los productos de salud conductual son proporcionados por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) o United Behavioral Health (UBH)./Administrative services provided by United Healthcare Services, Inc., OptumRx, Inc. or OptumHealth Care Solutions, Inc. Behavioral health products by U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) or United Behavioral Health (UBH).

D. Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico/Other Medical Insurance/Health Plan Coverage Information (continúa/continued)

Si usted y/o alguno de los dependientes que se inscriben están inscritos en Medicare, llene esta sección (adjunte hojas adicionales si es necesario)/If you and/or an enrolling dependent are enrolled in Medicare, complete this section (attach additional sheets if necessary):

Medicare - Nombre del Empleado/Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Dependiente/Medicare – Employee/Spouse/Domestic Partner/Dependent Name: _____

N.º de Identificación de Medicare/Medicare ID# _____
(Adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare./Please attach a copy of your Medicare ID card.)

- Inscrito en la Parte A/Enrolled in Part A: Fecha de Vigencia/Effective Date ____ / ____ / ____ No Elegible para la Parte A*/Ineligible for Part A*
 No Inscrito en la Parte A (elijó no inscribirse)/Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)
 Inscrito en la Parte B/Enrolled in Part B: Fecha de Vigencia/Effective Date ____ / ____ / ____ No Elegible para la Parte B*/Ineligible for Part B*
 No Inscrito en la Parte B (elijó no inscribirse)/Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)
 Inscrito en la Parte C/Enrolled in Part D: Fecha de Vigencia/Effective Date ____ / ____ / ____ No Elegible para la Parte D*/Ineligible for Part D*
 No Inscrito en la Parte D (elijó no inscribirse)/Not Enrolled in Part C (chose not to enroll)
 Discapacitado/Disabled Discapacitado pero activo en el trabajo/Disabled but actively at work

Razón de la elegibilidad para Medicare/Reason for Medicare eligibility: Mayor de 65 años/Over 65 Enfermedad Renal/Kidney Disease
 Discapacitado/Disabled Discapacitado pero activo en el trabajo/Disabled but actively at work

¿Está recibiendo el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)?/Are you receiving Social Security Disability Insurance (SSDI)?
 SÍ/YES NO Fecha de Inicio/Start Date ____ / ____ / ____

*Sólo marque "No Elegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indique 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.

E. Renuncia a la Cobertura/Waiver of Coverage **Llene sólo si renuncia a la cobertura para usted y/o algún miembro de su familia./ Complete only if you are waiving coverage for yourself and/or any family member.**

Rechazo la cobertura para/I decline coverage for:				Motivo para rechazar la cobertura/Declining coverage reason:
	Médico/ Medical	Dental	Vista/ Vision	
Mi Mismo(a)/Myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan de la Empresa del Cónyuge/Spouse's Employer's Plan <input type="checkbox"/> Plan Individual/Individual Plan <input type="checkbox"/> COBRA/Cal-COBRA/AB-1401 de la Empresa Anterior/ COBRA/Cal-COBRA/AB-1401 from Prior Employer <input type="checkbox"/> Intercambio de Beneficios de Salud de California/California Health Benefit Exchange <input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare/Covered by Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento./ I (we) have no other coverage at this time <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> Elegibilidad para VA/VA Eligibility <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Spouse/Domestic Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hijos Dependientes/ Dependent Children	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mi mismo(a) y todos los dependientes/Myself and all dependents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Reconozco que la empresa para la cual trabajo me ha explicado las coberturas disponibles y que se me ha concedido el derecho y he tenido la oportunidad de solicitar la cobertura. He decidido no inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s), si corresponde. /I acknowledge that the available coverages have been explained to me by my employer and I know that I have been given the right and have been given the chance to apply for coverage. I have decided not to enroll myself and/or my dependent(s), if any.

En este momento rechazo la inscripción para mí y para mi cónyuge/pareja de unión libre y/o mi(s) dependiente(s) en el plan de salud de mi empresa. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie ha tratado de influenciarme ni me ha presionado para que rechace la cobertura. **RECONOZCO QUE MIS DEPENDIENTES Y YO PODRÍAMOS TENER QUE ESPERAR HASTA DOCE (12) MESES PARA INSCRIBIRNOS EN EL PLAN MÉDICO DE GRUPO. EL PERÍODO DE ESPERA DE DOCE (12) MESES NO SE APLICARÁ SI YO Y/O MIS DEPENDIENTES TENEMOS DERECHO A UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN FUERA DE CICLO DEBIDO AL CAMBIO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS (POR EJEMPLO, LA ADQUISICIÓN DE UN DEPENDIENTE O LA PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA A TRAVÉS DE UN DEPENDIENTE).** /I now decline to enroll myself, my spouse/domestic partner and/or my dependent(s) in my employer health plan. I have made this decision voluntarily, and no one has tried to influence me or put any pressure on me to decline coverage. **I ACKNOWLEDGE THAT MY DEPENDENTS AND I MAY HAVE TO WAIT UP TO TWELVE (12) MONTHS TO BE ENROLLED IN THE GROUP MEDICAL PLAN. THE WAIT OF UP TO TWELVE (12) MONTHS WILL NOT APPLY IF I AND/OR MY DEPENDENTS ARE ENTITLED TO AN OFF-CYCLE ENROLLMENT PERIOD DUE TO CERTAIN CHANGED CIRCUMSTANCES (E.G., ACQUISITION OF A DEPENDENT OR LOSS OF OTHER COVERAGE THROUGH A DEPENDENT).**

El período de espera de hasta doce (12) meses no se aplicará si/The wait of up to twelve (12) months will not apply if:

1. Certifico en el momento de la inscripción inicial que la cobertura de otro plan de beneficios de salud de la empresa, Programa Healthy Families o cobertura de Medi-Cal sin costo compartido fue el motivo para rechazar la inscripción y

E. Renuncia a la Cobertura/Waiver of Coverage (continúa/continued)

perdo la cobertura de dicho plan de beneficios de salud de la empresa, Programa Healthy Families, Programa Access for Infants and Mothers (AIM), Covered California, Intercambio de Beneficios de Salud de California; o Medi-Cal sin costo compartido/I certify at the time of initial enrollment that the coverage under another employer health benefit plan, Healthy Families Program, or no share-of-cost Medi-Cal coverage was the reason for declining enrollment, and I lose coverage under that employer health benefit plan, Healthy Families Program, Access for Infants and Mothers (AIM) Program, Covered California, California's Health Benefit Exchange; or no share-of-cost Medi-Cal;

2. La empresa para la cual trabajo ofrece varios planes de beneficios de salud y elegí otro plan durante un período de inscripciones abiertas/My employer offers multiple health benefit plans and I elected a different plan during an open enrollment period;
3. Un tribunal me ordena que proporcione la cobertura de este plan a un cónyuge o hijo;/A court orders that I provide coverage under this plan for a spouse or child;
4. Tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, pareja de unión libre, nacimiento, adopción o puesta en adopción y si se solicita la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, pareja de unión libre, nacimiento, adopción o puesta en adopción/I have a new dependent as a result of marriage, domestic partnership, birth, adoption or placement for adoption and if enrollment is requested within 30 days after the marriage, domestic partnership, birth, adoption or placement for adoption;
5. Yo o mis dependientes elegibles perdemos la cobertura de cuidado de la salud debido a un evento que califica, como la pérdida del empleo por cualquier motivo que no sea una conducta inadecuada grave, reducción de horas de empleo, muerte o adquisición del derecho a Medicare./I or my eligible dependents lose health care coverage due to a qualifying event such as loss of employment for any reason other than gross misconduct, reduction of employment hours, death or entitlement to Medicare.

Si rechazo la inscripción para mí y/o para mi(s) dependiente(s) (incluido mi cónyuge/pareja de unión libre) debido a la cobertura de otro plan de salud de grupo o seguro de salud, debo solicitar la inscripción en un plazo de 30 días a partir del fin de la otra cobertura (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura)./If I am declining enrollment for myself and/or my dependent(s) (including my spouse/domestic partner) because of other health insurance or group health plan coverage, I must request enrollment within 30 days after the other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Analice detenidamente sus opciones antes de rechazar esta cobertura./Please examine your options carefully before declining this coverage.

Firma del Empleado (sólo si renuncia a la cobertura para sí mismo y/o dependientes)/ Employee Signature (only if waiving coverage for self and/or dependents)	Fecha/Date _____/_____/_____
--	---------------------------------

F. Firma de la Solicitud/Application Signature

Entiendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y que todas las respuestas son completas y exactas a mi leal saber y entender. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada. Autorizo que se deduzca de mis ingresos cualquier contribución necesaria para la prima. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que UnitedHealthcare 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 esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Conserve una copia de esta autorización como constancia./I understand that I am completing a health application and, to the best of my knowledge, that each response is complete and accurate. I (we) request the indicated group medical coverage. I authorize any required premium contributions to be deducted from my earnings. I (we) understand that UnitedHealthcare 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. Please maintain a copy of this authorization for your records.

Tenga en cuenta que si UnitedHealthcare puede demostrar que usted cometió un acto o una práctica que constituyó fraude, o hizo una declaración falsa intencional de un hecho importante, UnitedHealthcare puede rescindir su cobertura. UnitedHealthcare emitirá un aviso por escrito a través de correo certificado regular al menos 30 días antes de la fecha de vigencia de la rescisión para explicar los argumentos de la decisión de rescisión y los derechos de apelación que tiene usted. No se rescindirá ningún convenio o póliza después de 24 meses de su emisión. Además, en caso de que se descubra que usted cometió un acto o una práctica que constituyó fraude, o hizo una declaración falsa intencional de un hecho importante, UnitedHealthcare puede cancelar su cobertura, según lo permitido por la ley./Please note that if UnitedHealthcare can demonstrate you committed an act or practice that constituted fraud, or an intentional misrepresentation of a material fact, UnitedHealthcare may rescind your coverage. UnitedHealthcare will issue a written notice via regular certified mail at least 30 days prior to the effective date of the rescission explaining the basis for the decision of rescission and your appeal rights. No agreement /policy will be rescinded after 24 months following the issuance of the agreement/policy. In addition, in the event it is found you committed an act or practice that constituted fraud, or an intentional misrepresentation of a material fact, UnitedHealthcare may cancel your coverage, as permitted by law.

Firma del Empleado (si solicita cobertura)/ Employee Signature (if applying for coverage)	Nombre del Empleado (en letra de imprenta)/Employee Name (please print)	Fecha/Date _____/_____/_____
--	--	---------------------------------

G. Arbitraje Obligatorio y Definitivo Se Aplica Solamente a los Afiliados a UnitedHealthcare of California (HMO)/Binding Arbitration Applicable to UnitedHealthcare of California (HMO) Enrollees Only

ACEPTO Y ENTIENDO QUE SE RESOLVERÁN MEDIANTE ARBITRAJE OBLIGATORIO Y DEFINITIVO TODAS Y CADA UNA DE LAS DISPUTAS, INCLUIDOS LOS RECLAMOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN Y LOS RECLAMOS DE NEGLIGENCIA MÉDICA (ES DECIR, CON RESPECTO AL HECHO DE QUE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS CONFORME AL PLAN FUERON INNECESARIOS O NO FUERON AUTORIZADOS, O SE PRESTARON DE MANERA INADECUADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE), EXCEPTO EN EL CASO DE RECLAMOS SUJETOS A ERISA (LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE TRABAJADORES DE 1974), ENTRE MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN (INCLUIDO CUALQUIER HEREDERO O SUCESOR) Y UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA, UNITEDHEALTHCARE O CUALQUIERA DE SUS EMPRESAS MATRICES, SUBSIDIARIAS O AFILIADAS. NINGUNA DE TALES DISPUTAS SE RESOLVERÁ MEDIANTE UN JUICIO NI SE RECURRIRÁ A UN PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO EN EL CASO DE QUE LA LEY FEDERAL DE ARBITRAJE ESTIPULE LA REVISIÓN JUDICIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. TODAS LAS PARTES DE ESTE ACUERDO RENUNCIAN A SUS DERECHOS CONSTITUCIONALES A QUE LA DISPUTA SE RESUELVAN EN UN TRIBUNAL ANTE UN JURADO Y, EN LUGAR DE ELLO, ACEPTAN USAR UN ARBITRAJE OBLIGATORIO Y DEFINITIVO CONFORME A LA LEY DE ARBITRAJE DE CALIFORNIA (TÍTULO 9 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL DE CALIFORNIA § 1280 ET SEQ.) EXCEPTO DONDE DICHAS LEYES PUEDAN SER INVALIDADAS POR LEYES FEDERALES, QUE INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A, LA LEY DE ARBITRAJE FEDERAL, 9 U.S.C. SEC. 1, ET SEQ./I AGREE AND UNDERSTAND THAT ANY AND ALL DISPUTES, INCLUDING CLAIMS RELATING TO THE DELIVERY OF SERVICES UNDER THE PLAN AND CLAIMS OF MEDICAL MALPRACTICE (THAT IS, AS TO WHETHER ANY MEDICAL SERVICES RENDERED UNDER THE HEALTH PLAN WERE UNNECESSARY OR UNAUTHORIZED OR WERE IMPROPERLY, NEGLIGENTLY OR INCOMPETENTLY RENDERED), EXCEPT FOR CLAIMS SUBJECT TO ERISA, BETWEEN MYSELF AND MY DEPENDENTS ENROLLED IN THE PLAN (INCLUDING ANY HEIRS OR ASSIGNS) AND UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA, UNITEDHEALTHCARE OR ANY OF ITS PARENTS, SUBSIDIARIES OR AFFILIATES, SHALL BE DETERMINED BY SUBMISSION TO BINDING ARBITRATION. ANY SUCH DISPUTE WILL NOT BE RESOLVED BY A LAWSUIT OR RESORT TO COURT PROCESS, EXCEPT AS THE FEDERAL ARBITRATION ACT PROVIDES FOR JUDICIAL REVIEW OF ARBITRATION PROCEEDINGS. ALL PARTIES TO THIS AGREEMENT ARE GIVING UP THEIR CONSTITUTIONAL RIGHTS TO HAVE ANY SUCH DISPUTE DECIDED IN A COURT OF LAW BEFORE A JURY, AND INSTEAD ARE ACCEPTING THE USE OF BINDING ARBITRATION IN ACCORDANCE WITH CALIFORNIA ARBITRATION LAW (TITLE 9 OF THE CALIFORNIA CODE OF CIVIL PROCEDURE § 1280 ET SEQ.) EXCEPT WHERE SUCH LAWS MAY BE PREEMPTED BY FEDERAL LAW INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO, THE FEDERAL ARBITRATION ACT, 9 U.S.C. SEC. 1, ET SEQ.

Firma del Empleado (obligatoria)/ Employee Signature (required)	Nombre del Empleado (en letra de imprenta) (obligatorio)/ Employee Name (please print) (required)	Fecha (obligatoria)/Date (required) _____/_____/_____
--	--	--

H. Información del Censo/Census Information

NOTA: 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: 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

<input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano/Black, African-American	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacifico/Native Hawaiian/Pacific Islander
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Indoamericano/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native
<input type="checkbox"/> Asiático/Asian	<input type="checkbox"/> Otra Raza, especifique/Other Race, please specify _____

LAS LEYES DE CALIFORNIA PROHÍBEN QUE LOS PLANES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS EXIJAN O USEN UN EXAMEN DE DETECCIÓN DEL VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA./CALIFORNIA LAW PROHIBITS AN HIV TEST FROM BEING REQUIRED OR USED BY HEALTH CARE SERVICE PLANS AND INSURANCE COMPANIES AS A CONDITION OF OBTAINING COVERAGE.