

# Formulario de Inscripción del Empleado

## Grupos con 2 a 99 Empleados

Nombre/Número del Grupo

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

<b>Para que lo llene la Empresa</b>		Fecha Solicitada de Vigencia de la Cobertura/Fecha de Cambio / /	
Fecha de contratación / /		Razón de la Solicitud	
Posición/Título		<input type="checkbox"/> Nuevo Plan de Grupo <input type="checkbox"/> Nueva Contratación <input type="checkbox"/> Evento/Fecha de Vida _____ <input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Cambio de Estado _____    Abierta <input type="checkbox"/> Agregar/Eliminar Dependiente    Anual <input type="checkbox"/> Cambio de Apellido/Dirección <input type="checkbox"/> Inscripto <input type="checkbox"/> Otro _____    Tardío	
Horas Trabajadas por semana		Tipo de Empleado	
Salario \$ _____ Necesario sólo si el Plan de Vida se basa en el salario		(Por favor, marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> COBRA/Continuación del Estado Fecha de inicio ___/___/___ Fecha de finalización ___/___/___ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Sin sindicato <input type="checkbox"/> Jubilado	

### A. Información del Empleado

Apellido		Nombre		Inicial del 2° nombre	Número del Seguro Social		Teléfono Residencial	
							Teléfono del Trabajo	
Dirección			Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	Médico (Nombre y Apellido)				¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo				Preferencia en cuanto al idioma, si no es inglés				

### B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)		Sexo	Relación**	Fecha de nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico (Apellido y Nombre)	Consumió Tabaco
Apellido	Nombre								
Número del Seguro Social									
		M	Cónyuge						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		F							
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		F							
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		F							
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		F							
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		F							

\*\*IMPORTANTE: En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

### C. Selección de Productos

Por favor, marque todas las que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja.

Persona	Médico	Dental	Servicios Oculares	Vida/Cantidad	de Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Dual Option Plan
Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seleccionado
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida	Relación

Cobertura Brindada por "UnitedHealthcare y Afiliados":

Cobertura médica/dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o UnitedHealthcare of Texas, Inc.

Cobertura del Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company

Cobertura Oftalmológica proporcionada por United HealthCare Insurance Company

**D. Otra Información sobre Cobertura Médica****Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja).**

El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo cualquier otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de United Healthcare o Medicare?  SI (continúe completando esta sección)  NO (saltee el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora \_\_\_\_\_

Otra Información sobre la Cobertura Médica Grupal (detalle sólo a los que estén cubiertos por otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada En vigencia	Fecha de Finalización	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para otra cobertura
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

\*B. Ingrese "B" cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados)

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 del mismo.

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.

Medicare - Información del Empleado: Si está inscripto en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

 Inscripto en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  No es elegible para la Parte A\*  No inscripto en la Parte A (elijó no inscribirse) Inscripto en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  No es elegible para la Parte B\*  No inscripto en la Parte B (elijó no inscribirse) Inscripto en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  No es elegible para la Parte D\*  No inscripto en la Parte D (elijó no inscribirse)Motivo para la elegibilidad en Medicare:  Más de 65  Enfermedad Renal  Discapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: \_\_\_\_\_

 Inscripto en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  No es elegible para la Parte A\*  No inscripto en la Parte A (elijó no inscribirse) Inscripto en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  No es elegible para la Parte B\*  No inscripto en la Parte B (elijó no inscribirse) Inscripto en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  No es elegible para la Parte D\*  No inscripto en la Parte D (elijó no inscribirse)Motivo para la elegibilidad en Medicare:  Más de 65  Enfermedad Renal  Discapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

\*Sólo marque "No elegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

**E. Antecedentes Médicos**

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Nº del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud ha consultado con, sido examinada o tratada por cualquier profesional de atención de la salud durante los últimos 5 años por cualquier enfermedad, lesión o condición de salud que figuran en alguna de las categorías descritas a continuación? Si la respuesta es Sí, por favor marque la casilla que mejor describa el problema y explique completamente a continuación. **Por favor, tenga en cuenta que si usted no incluye información o hace declaraciones falsas con respecto a la misma, podemos cambiar su prima.**

<b>1 Cáncer</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Testicular <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> De ovarios <input type="checkbox"/> De cuello de útero <input type="checkbox"/> de Próstata Etapa _____
<b>2 Corazón/Aparato Circulatorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Colesterol Alto/Triglicéridos <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>3 Aparato Reproductor</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Embarazo Actual (fecha de parto____) <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple (Nº____) <input type="checkbox"/> Complicaciones del Embarazo <input type="checkbox"/> Fibroma <input type="checkbox"/> Trastornos en la Menstruación <input type="checkbox"/> Trastornos en los Senos <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>4 Intestinal/Sistema Endocrino</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pancreatitis Crónica <input type="checkbox"/> Trastorno del Colon <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> Hernia del Hiato/Reflujo <input type="checkbox"/> Trastorno Hepático <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Hormonas del Crecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>5 Cerebro/Sistema Nervioso</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Ataques/Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza <input type="checkbox"/> Quiste <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>6 Sistema Inmunológico</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Esclerodermia <input type="checkbox"/> ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica) <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Se le diagnosticó SIDA <input type="checkbox"/> Se le diagnosticó VIH+ <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>7 Pulmón/Sistema Respiratorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Sarcoidosis <input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>8 Ojos/Oídos/Nariz/Garganta</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Neuroma Acústico <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Labio Leporino/Paladar Hendidado <input type="checkbox"/> Tabique Desviado <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>9 Aparato Urinario/Riñón</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales Crónicos <input type="checkbox"/> Trastornos Renales <input type="checkbox"/> Trastornos de Vejiga <input type="checkbox"/> Poliquistosis Renal <input type="checkbox"/> Trastorno de la Próstata <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>10 Huesos/Músculos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Hernia de Disco/Protuberancia Discal <input type="checkbox"/> Lesión en Articulaciones <input type="checkbox"/> Fibromialgia/Síndrome de Fatiga Crónica (CFS, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Problemas en los Hombros <input type="checkbox"/> Problemas en las Rodillas <input type="checkbox"/> Spina Bífida <input type="checkbox"/> Problemas en la Espalda <input type="checkbox"/> Problemas en el Cuello <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>11 Salud Conductual</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit en la Atención e Hiperquinesia (ADHD, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Bipolar/Maníaco Depresivo <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastornos Alimenticios <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Alcoholismo en pacientes hospitalizados (ETOH, por sus siglas en inglés)/Drogas <input type="checkbox"/> Internación para Salud Mental (MH, por sus siglas en inglés) para pacientes hospitalizados <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>12 Trasplante</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> De Médula Ósea <input type="checkbox"/> De Órganos <input type="checkbox"/> Posible Futuro Trasplante Discutido <input type="checkbox"/> De Células Madre <input type="checkbox"/> Complicaciones del Trasplante Año _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>13 Medicamentos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicamentos Actuales Por favor, Detalle los Medicamentos _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos Tomados Dentro del Último Año Por favor, Detalle los Medicamentos _____

(continúa en la página siguiente)

## E. Antecedentes MÈdicos (continuaciÙn)

**14 Otro**  
 Sí  No

Resultados Anormales de Pruebas o Exámenes Físicos  Condición No Mencionada Anteriormente  Tratamiento o Cirugía Discutido o Aconsejado  
 Resultados de Pruebas, Pendientes  Internación / Cirugía de Pacientes Hospitalizados Durante el Último Año  
 Reclamo pendiente sin compensación  Pruebas Aconsejadas o Recomendadas  Referencia a un Especialista  Discapacidad

Por favor, entregue detalles a continuación (Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte y no deje de fechar y firmar la hoja)

Nº de Pregunta	Persona	Afección/Diagnóstico	Tratamiento/Medicamentos	Nombre del Médico	Fechas de Tratamiento	Pronóstico

**F. Renuncia de Cobertura**

Rechazo cobertura para:  
 Mí mismo  
 Cónyuge  
 Hijos Dependientes  
 Asegurado y todos los dependientes

Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra:  
 Plan de la Empresa del Cónyuge  Plan Individual  
 Cubierto por Medicare  Medicaid  
 COBRA de la Empresa Anterior  Elegibilidad para VA  
 Tri-Care  
 Yo (nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento  
 Otro \_\_\_\_\_

Comprendo 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, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes (PPO) tal como se explicó en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.

Iniciales del Empleado	Fecha
------------------------	-------

**G. Firma**

Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliados ("UnitedHealthcare y Afiliados") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus afiliados, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliados. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliados a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, mi negación podría afectar mis tarifas o beneficios en el plan de salud, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a UnitedHealthcare y Afiliados a la dirección proporcionada, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Además comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando 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 grupal 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. 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 UnitedHealthcare y Afiliados no son responsables por 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. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Fecha	Firma del Empleado para todas las personas que solicitan y renuncian	Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura)
-------	--	--

## H. Información del Censo (opcional)

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

1. Raza, marque todas las que correspondan:  Blanca  Negro o Afroamericano  Indioamericano o Nativo de Alaska  Asiático  
 Nativo de Hawaii/ de otra Isla del Pacífico  Otra raza, por favor especifique \_\_\_\_\_

2. ¿Es usted hispano o latino?  Sí  No