

Formulario de Inscripción/Renuncia a la Cobertura para Empleados de Pequeñas Empresas/Small Business Employee Enrollment Form/Waiver of Coverage

Instrucciones/Instructions

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./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.

Sección A: Información sobre el Empleado/

Section A: Employee Information

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

La selección de un PCP solamente es obligatoria si se selecciona un plan SignatureValue™ (HMO), UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage, SignatureValue™ Harmony, o UnitedHealthcare SignatureValue™ Alliance. Si usted no elige un PCP cuando selecciona uno de estos planes, se le asignará uno automáticamente./PCP selection is only required if a UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO), UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage, SignatureValue™ Harmony, or UnitedHealthcare

SignatureValue™ Alliance plan is selected. If you do not select a PCP when selecting one of these plans, a PCP will be automatically assigned to you.

- 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 PCD y el número de Proveedor en el área indicada. Puede elegir un Dentista de Atención Primaria diferente para cada miembro inscrito; sin embargo, los PCD no se pueden asignar automáticamente y solo se requieren para los planes Dentales HMO./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.

Sección B: Información sobre Dependientes/

Section B: Dependent Information

- Llene toda la información para cada dependiente que se inscribe, incluido el número del Seguro Social de cada uno./Complete all information for each enrolling dependent, including any enrolling dependent's Social Security number.
- Para cada dependiente que se inscribe en un Plan HMO de UnitedHealthcare of California, seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP) del *Directorio de Proveedores*; escriba el nombre del PCP y el Número de Proveedor en el área indicada. Puede elegir un PCP diferente para cada miembro de su familia. Si usted no elige un PCP cuando selecciona uno de estos planes, se le asignará uno automáticamente./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.

- 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 PCD y el número de Proveedor en el área indicada. Puede elegir un Dentista de Atención Primaria diferente para cada miembro inscrito; sin embargo, los PCD no se pueden asignar automáticamente y solo se requieren para los planes Dentales HMO./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.
- Verifique que la cobertura de su cónyuge o pareja de unión libre esté disponible a través de la Empresa para la cual usted trabaja./Verify that spousal and domestic partner coverage is available through your Employer.
- Los dependientes están cubiertos hasta los 26 años y no se requiere el estado de estudiante a tiempo completo./Dependents are covered to age 26 and no full-time student status is required.

Sección C: Selección de Productos/ Section C: Product Selection

- Las ofertas de beneficios dependen de las elecciones de la empresa para la cual trabaja. Consulte con su empresa cuáles son las opciones de planes disponibles que se le ofrecen./Benefit offerings are dependent on your employer selections. Check with your employer for available plan options being offered to you.
- Marque la casilla de cada plan en el que usted o sus dependientes se inscriban./Check the box for each plan in which you or your dependents are enrolling.
- Todos los miembros de la familia que se inscriban deben seleccionar el mismo plan médico y dental./All enrolling family members must select the same medical and dental plan.
- Cuando seleccione un plan médico de UnitedHealthcare o de UnitedHealthcare Benefits Plan of California, escriba el código de plan de tres dígitos o de cuatro dígitos de su selección en el espacio provisto. Por ejemplo: Código de Plan **GN-3**./When selecting a UnitedHealthcare or UnitedHealthcare Benefits Plan of California medical plan, write the three-digit or four-digit plan code of your selection in the space provided. For example: Plan Code **GN-3**.
- Cuando seleccione un plan de UnitedHealthcare of California (HMO), escriba la descripción del plan

que seleccionó. Por ejemplo: **UnitedHealthcare SignatureValue™ 20-40/250d**./When selecting a UnitedHealthcare of California (HMO) plan, write the description of the plan you selected. For example: **UnitedHealthcare SignatureValue™ 20-40/250d**.

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

- 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./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.

Sección E: Renuncia a la Cobertura/ Section E: Waiver of Coverage

- Usted puede renunciar a la cobertura de servicios de atención de la salud ofrecida a través de su Empresa para usted o cualquiera de los miembros de su familia. Si renuncia a la cobertura para usted 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 su procesamiento./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.

Sección F: Firma de la Solicitud/ Section F: Application Signature

- Lea esta sección detenidamente, firme y feche./Review this section carefully, sign and date.

Sección G: Información del Censo/

Section G: Census Information

- Marque todas las casillas que correspondan.

La información recopilada en esta sección solo 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./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/Employer Instructions

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/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:

**Por Fax al 1-866-372-1316 o en línea a/
Fax to 1-866-372-1316 or online:**

Select, Select Plus, Core, Navigate, Non-Differential PPO y cobertura Médica, Dental y de la Vista con HSA: **www.employerservices.com**
Select, Select Plus, Core, Navigate, Non-Differential PPO, and HSA Medical, Dental, Vision and Life – **www.employerservices.com**

SignatureValue, SignatureValue Advantage, Harmony y Alliance, Solo Cobertura Médica: **www.uhc.com** (pestaña “Employer” [Empresa])/SignatureValue, SignatureValue Advantage, Harmony, and Alliance Medical Only – **www.uhc.com** (Employer tab)

Para nuevos grupos empresariales o para hacer preguntas adicionales, comuníquese con su agente de seguros o con la oficina de ventas local de UnitedHealthcare./For new business groups or additional questions, contact your broker or local UnitedHealthcare sales office.

Formulario de Inscripción para Empleados de Pequeñas Empresas/Small Business Employee Enrollment Form

**UnitedHealthcare Insurance Company
UnitedHealthcare of California
UnitedHealthcare Benefits Plan of California**

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"/> Fecha de Cancelación/ Termination Date: ____/____/____ <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"/> Otra/Other _____	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 / /	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

Complete All Sections

Si renuncia a la cobertura, solo 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 de Seguro Social/Social Security Number	N.º de Teléfono Residencial/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"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Viudo/Widowed	<input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre/Domestic Partner	¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido alguna vez miembro de UnitedHealthcare?/Have you or your dependents ever been a UnitedHealthcare member? <input type="checkbox"/> Sí/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 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 Médico Actual/Existing Patient Medical <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		
				Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		

B. Información sobre 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)	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco³/Relationship³ Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Spouse/Domestic Partner	Fecha de Nacimiento/Date of Birth / /
Número de Seguro Social/Social Security Number -			
Dirección (si es distinta a 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 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 Médico Actual/Existing Patient Medical <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		
	Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		
Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco³/Relationship³ Dependiente/Dependent	Fecha de Nacimiento/Date of Birth / /
Número de Seguro Social/Social Security Number -			
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)	Marque la casilla cuando seleccione la cobertura de un plan de salud HMO/Please check box when selecting HMO health plan coverage: Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad⁴/ Permanently disabled and age 26 or older⁴ <input type="checkbox"/> Sí/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 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 Médico Actual/Existing Patient Medical <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		
	Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		

B. Información sobre Dependientes (continuación)/Dependent Information (continued)

Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)		Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco ³ / Relationship ³ Dependiente/ Dependent	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth ____/____/____
Número de Seguro Social/Social Security Number - -				
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		Marque la casilla cuando seleccione la cobertura de un 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"/> Sí/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"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		
Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M) Número de Seguro Social/Social Security Number - - Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		Sexo/ Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco ³ / Relationship ³ Dependiente/ Dependent	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth ____/____/____
		Marque la casilla cuando seleccione la cobertura de un 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"/> Sí/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"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		

C. Selección de Productos/ Product Selection				Marque la casilla correspondiente a cada plan en el que usted o sus dependientes se están inscribiendo. Las ofertas de beneficios dependen de las elecciones de la empresa para la cual trabaja./Please check the box for each plan you or your dependents are enrolling in. Benefit offerings are dependent on employer selections.
Persona/Person	Plan Médico/ Medical	Plan Dental/ Dental	Plan de la Vista/Vision	Selección de Plan Médico y Plan Dental: Escriba el Código del Plan o la Descripción del Plan Médico o Dental en el que desea inscribirse./ Medical Plan and Dental Plan Selection – Write in the Plan Code or Description of 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"/>	

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

Marque las casillas correspondientes a las coberturas seleccionadas/Check appropriate box(s) for coverage(s) selected:

- Médica/Medical ☐ UnitedHealthcare Insurance Company o/UnitedHealthcare Insurance Company or ☐ UnitedHealthcare Benefits Plan of California (Productos de Seguro: Navigate, Choice/Select, Choice Plus/Select Plus, Core, Non-Diff, Doctors Plan)/UnitedHealthcare Benefits Plan of California (Insurance Products: Navigate, Choice/Select, Choice Plus/Select Plus, Core, Non-Diff, Doctors Plan)
- Médica/Medical ☐ UnitedHealthcare of California (HMO)
- Dental ☐ UnitedHealthcare Insurance Company o/UnitedHealthcare Insurance Company or ☐ Dental Benefit Providers of California, Inc./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**

**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 (continúe llenando esta sección)/YES (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 solo las que están cubiertas por el otro plan)/Other Group Medical Insurance/Health Plan Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo (B/S/F) [†] /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/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' si este dependiente está cubierto por su salud plan/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 la madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos de este dependiente./Enter 'S' if you are the parent awarded custody of this dependent and no other individual is required to pay for this dependent's medical expenses.
 F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un familiar) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente./Enter 'F' if this dependent is covered by another individual (not a member of your household) required to pay for this dependent's medical expenses.

Si usted 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.)

- | | | |
|--|--|---|
| <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 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 ____/____/____

* Solo 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 solo si renuncia a la cobertura para usted o algún miembro de su familia./ Complete only if you are waiving coverage for yourself and/or any family member.
Rechazo toda cobertura para/I decline all coverage for:				Razón para rechazar la cobertura/Declining coverage reason:
	Plan Médico/ Medical	Plan Dental/ Dental	Plan de la Vista/ Vision	<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 AB1401 de Empresa Anterior/COBRA/ Cal-COBRA AB1401 from Prior Employer <input type="checkbox"/> Intercambio de Beneficios de Salud de California/California Health Benefit Exchange <input type="checkbox"/> Cobertura de Medicare/Covered by Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> Elegibilidad para VA/VA Eligibility <input type="checkbox"/> No tengo (tenemos) otra cobertura en este momento/I (we) have no other coverage at this time <input type="checkbox"/> Otra/Other _____
Mí Mismo/Myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
Mí mismo 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 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 HASTA DOCE (12) MESES NO SE APLICARÁ SI YO O MIS DEPENDIENTES TENEMOS DERECHO A UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN FUERA DE CICLO DEBIDO AL CAMBIO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS (P. EJ., LA ADQUISICIÓN 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 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 participación en los costos fue el motivo para rechazar la inscripción y pierdo 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 cobertura de Medi-Cal sin participación en los costos/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 60 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 60 days after the marriage, domestic partnership, birth, adoption or placement for adoption;

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

5. Mis dependientes elegibles o yo 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 de 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 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 60 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 60 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 (solo si renuncia a la cobertura para sí mismo 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 la 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 el fundamento de la decisión de rescisión y sus derechos de apelación. Ningún convenio/póliza se rescindirá después de 24 meses de haberse emitido dicho convenio/póliza. Además, en caso que se determine que usted cometió un acto o una práctica que constituyó fraude, o hizo una declaración falsa intencional de un hecho importante, UnitedHealthcare puede cancelar la 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 la cobertura)/ Employee Signature (if applying for coverage)	Nombre del Empleado (en letra de imprenta)/Employee Name (please print)	Fecha/Date _____/_____/_____
---	--	---------------------------------

G. Información del Censo/Census Information

NOTA/NOTE: Los datos recopilados en esta sección solo se usarán para ayudar a comunicarse con los afiliados e informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no se usará en el proceso de elegibilidad./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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco/White | <input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano/Black, African-American |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacífico/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.