

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

UnitedHealthcare Insurance Company

UnitedHealthcare 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.

UnitedHealthcare Benefits Plan of California

El Empleador 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 ☐ Nuevo Plan de Grupo/New Group Plan ☐ Nueva Contratación/New Hire ☐ Agregar/Eliminar / Dependent Add/Delete ☐ Inscripciones Abiertas Anuales/ Annual Open Enrollment ☐ Cambio de Nombre/Dirección/ Change Name/Address ☐ Persona Inscrita Tardíamente/Late Enrollee ☐ Fecha de Cancelación/Termination Date: ____/____/____ ☐ Renuncia a la Cobertura (Llene las Secciones A y E)/ Waiving Coverage (Complete Sections A and E) ☐ Evento de Vida/Fecha/Life Event/Date ____/____/____ ☐ Cambio de Estado /Status Change ____/____/____ ☐ Otra/Other ____/____/____		Tipo de Empleado (marque todo lo que corresponda)/Employee Type (check all that apply) ☐ Activo/Active ☐ Sindicado/Union ☐ No Sindicado/Non-Union ☐ Jubilado/Retired ☐ Por Hora/Hourly ☐ Asalariado/Salary ☐ Otro/Other ☐ COBRA ☐ Cal-COBRA Fecha de Inicio /Start Date ____/____/____ Fecha de Finalización/End Date ____/____/____ Indique el Evento que Califica/Indicate Qualifying Event _____ Fecha del Evento que Califica Original/ Original Qualifying Event Date Fecha de Inicio/Start Date ____/____/____ Fecha de Finalización/End Date ____/____/____	
Fecha de Contratación/Date of Hire / /					
Puesto/Cargo/Position/Title					
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, 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	
Dirección/Address		N.º de Dpto. / Apt #		Ciudad/City	
Fecha de Nacimiento/ Date of Birth / /		Sexo/Sex ☐ M/M ☐ F/F ☐ I/U		Estado/Marital ☐ Civil/Status ☐ Soltero/Single ☐ Casado/Married ☐ Divorciado/ Divorced ☐ Viudo/Widowed ☐ Pareja de Unión Libre/Domestic Partner	
Idioma Preferido/Preferred Language: ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____		Número de Seguro Social/Social Security Number		Teléfono Residencial/Home Phone	
Raza/Origen Étnico – Marque todas las opciones que correspondan¹/Race/Ethnicity – Check all that apply¹ ☐ Prefiere no responder/Prefer not to answer ☐ Amerindio/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro/Afroamericano/Black/African-American ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Nativo de Hawaii/Otra Isla del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Blanco/White ☐ Otra raza, especifique/Other–Please specify		Estado/State		Código Postal/ZIP Code	
Código Postal/ZIP Code		Teléfono Celular/Cell Phone		Teléfono del Trabajo/Work Phone	
¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido alguna vez miembro de UnitedHealthcare?/ Have you or your dependents ever been a UnitedHealthcare member? ☐ Sí/Yes ☐ No/No					
Dirección de correo electrónico/E-mail address		Para recibir información por vía electrónica, llene y firme el formulario de inscripción e indique su dirección de correo electrónico. Marque aquí si desea recibir las Comunicaciones Obligatorias del Plan por correo postal/To select paperless delivery complete and sign the enrollment form and provide your email address. Check here to receive your Required Plan Communications by mail ☐			

Nombre del Médico de Atención Primaria ² /Primary Care Physician ² Name: _____ Dirección/Address: _____ N.º de Id. /ID# _____ Paciente Médico Actual/Existing Patient Medical ☐ Sí/Yes ☐ No/No	Nombre del Dentista de Atención Primaria ³ /Primary Care Dentist ³ Name: _____ N.º de Id./ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental ☐ Sí/Yes ☐ No/No
---	--

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 Seguros: Navigate, Select Plus, Core, Doctors Plan, Non-Diff)/UnitedHealthcare Benefits Plan of California (Insurance Products: Navigate, Select Plus, Core, Doctors Plan, Non-Diff)
Médica/Medical ☐ UnitedHealthcare of California (HMO)
Dental/Dental ☐ UnitedHealthcare Benefits Plan of California o/UnitedHealthcare Benefits Plan of California or ☐ UnitedHealthcare Insurance Company o / UnitedHealthcare Insurance Company or ☐ Dental Benefit Providers of California, Inc.
Vista/Vision ☐ UnitedHealthcare Benefits Plan of California o/UnitedHealthcare Benefits Plan of California or ☐ UnitedHealthcare Insurance Company
Los servicios administrativos son prestados por United Healthcare Services, Inc., Optum Rx, Inc. u OptumHealth Care Solutions, Inc./Administrative services provided by United Healthcare Services, Inc. Optum Rx Inc. or OptumHealth Care Solutions, Inc.
Los productos de salud conductual son proporcionados por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) o United Behavioral Health (UBH).
/Behavioral health products by U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) or United Behavioral Health (UBH).

IMPORTANTE: (1) Los datos recopilados solo se usarán para comunicarse con los miembros e informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar, no para determinar la elegibilidad ni el pago de reclamos. (2) 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. (3) 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. (4) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. (5) Si respondió “Sí” en “Discapacitado” y el hijo dependiente es mayor de 26 años, 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) Data collected will be used only to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their well-being and not for eligibility or claim payment determination. (2) 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. (3) 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. (4) For court-ordered dependent, legal documentation must be attached. (5) 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 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 ☐ M/M ☐ F/F ☐ I/U	Parentesco ⁴ Cónyuge/Pareja de Unión Libre/ Relationship ⁴ Spouse/ Domestic Partner
Número de Seguro Social/Social Security Number - -		Fecha de Nacimiento /Date of Birth ____/____/____	
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		Idioma Preferido/Preferred Language ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____	
Raza/Origen Étnico – Marque todas las opciones que correspondan ¹ /Race/Ethnicity – Check all that apply ¹ ☐ Prefiere no responder/Prefer not to answer ☐ Amerindio/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro/Afroamericano/Black/African-American ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Nativo de Hawaii/Otra Isla del Pacífico /Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Blanco/White ☐ Otra raza, especifique/Other–Please specify			Código Postal/ZIP Code
Nombre del Médico de Atención Primaria ² /Primary Care Physician ² Name: _____ Dirección/Address: _____ N.º de Id. /ID# Paciente Médico Actual/Existing Patient Medical ☐ Sí/Yes ☐ No/No		Nombre del Dentista de Atención Primaria ³ /Primary Care Dentist ³ Name: _____ N.º de Id./ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental ☐ Sí/Yes ☐ No/No	
Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)		Sexo/Sex ☐ M/M ☐ F/F ☐ I/U	Parentesco ⁴ Dependiente/ Relationship ⁴ Dependent
Número de Seguro Social/Social Security Number - -		Fecha de Nacimiento /Date of Birth ____/____/____	
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		Con Discapacidad permanente y mayor de 26 años ⁽⁵⁾ / Permanently Disabled and age 26 or older ⁵ ☐ Sí/Yes ☐ No/No	
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		Idioma Preferido/Preferred Language ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____	
Raza/Origen Étnico – Marque todas las opciones que correspondan ¹ /Race/Ethnicity – Check all that apply ¹ ☐ Prefiere no responder/Prefer not to answer ☐ Amerindio/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro/Afroamericano/Black/African-American ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Nativo de Hawaii/Otra Isla del Pacífico /Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Blanco/White ☐ Otra raza, especifique/Other–Please specify			Código Postal/ZIP Code
Nombre del Médico de Atención Primaria ² /Primary Care Physician ² Name: _____ Dirección/Address: _____ N.º de Id./ID# Paciente Médico Actual/Existing Patient Medical ☐ Sí/Yes ☐ No/No		Nombre del Dentista de Atención Primaria ³ /Primary Care Dentist ³ Name: _____ N.º de Id./ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental ☐ Sí/Yes ☐ No/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 ☐ M/M ☐ F/F ☐ I/U		Parentesco ⁴ Dependiente/ Relationship ⁴ Dependent	
Número de Seguro Social/Social Security Number - -		Con Discapacidad permanente y mayor de 26 años ⁽⁵⁾ / Permanently Disabled and age 26 or older ⁵ ☐ Sí/Yes ☐ No/No			
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		Idioma Preferido/Preferred Language ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____			
Raza/Origen Étnico – Marque todas las opciones que correspondan ¹ /Race/Ethnicity – Check all that apply ¹ ☐ Prefiere no responder/Prefer not to answer ☐ Amerindio/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro/Afroamericano/Black/African-American ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Nativo de Hawaii/Otra Isla del Pacífico /Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Blanco/White ☐ Otra raza, especifique/Other–Please specify					Código Postal/ZIP Code
Nombre del Médico de Atención Primaria ² /Primary Care Physician ² Name: _____ Dirección/Address: _____ N.º de Id./ID# Paciente Médico Actual/Existing Patient Medical ☐ Sí/Yes ☐ No/No		Nombre del Dentista de Atención Primaria ³ /Primary Care Dentist ³ Name: _____ N.º de Id./ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental ☐ Sí/Yes ☐ No/No			
Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)		Sexo/Sex ☐ M/M ☐ F/F ☐ I/U		Parentesco ⁴ Dependiente/ Relationship ⁴ Dependent	
Número de Seguro Social/Social Security Number - -		Con Discapacidad permanente y mayor de 26 años ⁽⁵⁾ / Permanently Disabled and age 26 or older ⁵ ☐ Sí/Yes ☐ No/No			
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		Idioma Preferido/Preferred Language ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Chino/Chinese ☐ Vietnamita/Vietnamese ☐ Coreano/Korean ☐ Otro/Other _____			
Raza/Origen Étnico – Marque todas las opciones que correspondan ¹ /Race/Ethnicity – Check all that apply ¹ ☐ Prefiere no responder/Prefer not to answer ☐ Amerindio/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro/Afroamericano/Black/African-American ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Nativo de Hawaii/Otra Isla del Pacífico /Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Blanco/White ☐ Otra raza, especifique/Other–Please specify					Código Postal/ZIP Code
Nombre del Médico de Atención Primaria ² /Primary Care Physician ² Name: _____ Dirección/Address: _____ N.º de Id./ID# Paciente Médico Actual/Existing Patient Medical ☐ Sí/Yes ☐ No/No		Nombre del Dentista de Atención Primaria ³ /Primary Care Dentist ³ Name: _____ N.º de Id./ID#: _____ Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental ☐ Sí/Yes ☐ No/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./Benefit offerings are dependent on employer selections. Please check the box for each plan you or your dependents are enrolling in.			
Persona/Person	Plan Médico/ Medical	Seguro Dental/ Dental	Seguro 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	☐	☐	☐	Código/Descripción del Plan Médico:/Medical Plan Code/Description:	
Cónyuge/Pareja de Unión	☐	☐	☐	Código/Descripción del Plan Dental:/Dental Plan Code/Description:	
Libre/Spouse/Domestic Partner	☐	☐	☐		
Dependientes/Dependents	☐	☐	☐		

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

Se debe llenar esta sección. / This section must be completed. (Adjunte más hojas si es necesario)./ (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)./ No (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/Type (B/S/F) [†]	Fecha de Vigencia/ Effective Date MM/DD/YY	Fecha de Finalización/ End Date MM/DD/YY	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza/empleo 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 Id. 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: Fecha de Vigencia/Enrolled in Part A: Effective Date ____/____/____ ☐ No Elegible para la Parte A*/Ineligible for Part A* ☐ No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse) /Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)

☐ Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia/Enrolled in Part B: Effective Date ____/____/____ ☐ No Elegible para la Parte B*/Ineligible for Part B* ☐ No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse) /Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)

☐ Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia/Enrolled in Part D: Effective Date ____/____/____ ☐ No Elegible para la Parte D*/Ineligible for Part D* ☐ No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse) /Not Enrolled in Part D (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 (Social Security Disability Insurance, SSDI)?/Are you receiving Social Security Disability Insurance (SSDI)? ☐ Sí/Yes ☐ No/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.

SG.EE.23.CA 3/23

Página 5 de 7/Page 5 of 7

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	Plan Médico / Medical	Seguro Dental/ Dental	Seguro de la Vista/ Vision	Razón para rechazar la cobertura/Declining coverage reason: ☐ Plan de la Empresa del Cónyuge/Spouse's Employer's Plan ☐ Plan Individual/ Individual Plan ☐ COBRA/ Cal-COBRA ☐ Mercado de Seguros de Beneficios de Salud de California AB1401 de Empresa Anterior/AB1401 from Prior Employer ☐ Cobertura de Medicare/Covered by Medicare ☐ Medicaid ☐ Tri-Care ☐ Elegibilidad para el Dpto. de Asuntos de los Veteranos /VA Eligibility ☐ No tengo (tenemos) otra cobertura en este momento/ I (we) have no other coverage at this time ☐ Otra/Other _____
Mí Mismo/Myself	☐	☐	☐	
Cónyuge/Pareja de Unión LibreSpouse/ Domestic Partner	☐	☐	☐	
Hijos Dependientes/ Dependent Children	☐	☐	☐	
Mí mismo y todos los dependientes/Myself and all dependents	☐	☐	☐	

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, Mercado de Seguros 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;
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 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. (Consulte la sección Inscripción Tardía del Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información)./Please examine your options carefully before declining this coverage. (See Late Enrollment section of Evidence of Coverage and Disclosure Form).

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.

Entiendo que la información recopilada en relación con la administración del plan de beneficios se puede usar para presentarme productos, procedimientos y servicios de salud o relacionados con la salud que podrían ser valiosos para mí y según lo permita la ley./I understand that information collected in connection with administration of the benefit plan may be used to bring to my attention health or health-related procedures, products and services that might be valuable to me and otherwise 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 ____/____/____
---	--	------------------------------