



# 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.

- UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc. ("La Compañía/The Company")
- UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. ("La Compañía/The Company")
- UnitedHealthcare Insurance Company ("La Compañía/The Company")
- Unimerica Insurance Company ("La Compañía/The Company")
- Optimum Choice, Inc. ("La Compañía/The Company")
- MD-Individual Practice Association, Inc. ("La Compañía/The Company")

**UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.**  
800 King Farm Boulevard  
Rockville, MD 20850

**UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.**  
1300 River Drive, Suite 200  
Moline, IL 61265

**UnitedHealthcare Insurance Company**  
185 Asylum Street  
Hartford, CT 06103

**Unimerica Insurance Company**  
10701 West Research Drive  
Milwaukee, WI 53226

**Optimum Choice, Inc.**  
800 King Farm Boulevard  
Rockville, MD 20850

**MD-Individual Practice Association, Inc.**  
800 King Farm Boulevard  
Rockville, MD 20850

**La Empresa Debe Llenar esta Sección/  
To Be Completed by Employer**

**Fecha de Vigencia Solicitada de la Cobertura/Fecha de Cambio/  
Requested Effective Date of Coverage/Date of Change**    /    /

Nombre del Grupo/Número de Póliza/Group Name/Policy Number

<b>Fecha de Contratación/Date of Hire</b> /    /	<b>Razón de la Solicitud/Reason for Application</b> <input type="checkbox"/> Nuevo Plan de Grupo/New Group Plan <input type="checkbox"/> Nueva Contratación/New Hire <input type="checkbox"/> Evento de Vida/Fecha/Life Event/Date	<b>Tipo de Empleado/Employee Type</b> (Marque todos los que correspondan)/ (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Continuación del Estado/ State Continuation Fecha de inicio/Start dt ____/____/____ Fecha de finalización/End dt ____/____/____ <input type="checkbox"/> Por Hora/Hourly <input type="checkbox"/> Sueldo/Salary <input type="checkbox"/> Sindicato/Union <input type="checkbox"/> Sin Sindicato/Non-Union <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
<b>Puesto/Cargo/Position/Title</b>		
<b>Horas Trabajadas por semana/Hours Worked per week</b>	<input type="checkbox"/> Inscripciones Abiertas Anuales/ Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Cambio de Estado/Status Change	
<b>Sueldo/Salary \$</b> _____ Obligatorio sólo si el Plan de Vida, STD o LTD se basa en el sueldo/Required only if Life, STD, or LTD Plan based on salary	<input type="checkbox"/> Agregar/Eliminar Dependiente/ Dependent Add/Delete <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre/Dirección/ Change Name/Address <input type="checkbox"/> Persona Inscrita Tardíamente/ Late Enrollee <input type="checkbox"/> Renuncia a la Cobertura/ Waiving Coverage <input type="checkbox"/> Cancelación/Termination <input type="checkbox"/> Otro/Other _____	

Nombre del Empleado/Employee Name \_\_\_\_\_

<b>A. Información del Empleado/ Employee Information</b>		<b>Si renuncia a toda la cobertura, llene las secciones A y F./ If you are waiving all coverage, please complete sections A and F.</b>				
Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Número del Seguro Social/ Social Security Number	Teléfono Residencial/Celular/Home/Cell Phone		
				Teléfono del Trabajo/Work Phone		
Dirección/Address	N.º de Apartamento/ Apt #	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/ Zip Code	Idioma de preferencia si no habla inglés/ Language preference, if not English	
Fecha de Nacimiento/ Date of Birth  / /	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura/ Height	Peso/ Weight	¿Consumió tabaco en los últimos 12 meses?/ Used tobacco in the last 12 months? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	Dirección de Correo Electrónico/ Email Address	
Estado Civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Viudo/Widowed	Médico* (Nombre y Apellido)/ N.º de Identificación/ Physician* (First & Last Name)/ ID #		Dentista de Atención Primaria** (Nombre y Apellido)/ N.º de Identificación/Primary Care Dentist** (First & Last Name)/ ID #			

Cobertura médica proporcionada por UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc., UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc., UnitedHealthcare Insurance Company, Optimum Choice, Inc., o MD-Individual Practice Association, Inc.

Cobertura dental proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company

Cobertura de Seguro de Vida, por Discapacidad a Corto Plazo (STD, por sus siglas en inglés) y por Discapacidad a Largo Plazo (LTD, por sus siglas en inglés) proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

Cobertura de la vista proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company o Unimerica Insurance Company/

Medical coverage provided by UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc., UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc., UnitedHealthcare Insurance Company, Optimum Choice, Inc., or MD-Individual Practice Association, Inc.

Dental coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company

Life, Short-Term Disability (STD), Long-Term Disability (LTD) coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company or Unimerica Insurance Company

Vision coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company or Unimerica Insurance Company

**B. Información de la Familia/  
Family Information**

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

Apellido/ Last Name	Nombre/ First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Sexo/ Sex	Parentesco/ Relationship***	Fecha de Nacimiento/ Birthdate	Estatura/ Height	Peso/ Weight	Médico* (Nombre/N.º de Identificación)/ Physician* (Name/ID#)	Dentista de Atención Primaria** (Nombre/N.º de Identificación)/ Primary Care Dentist** (Name/ID#)	¿Consumió Tabaco?/ Tobacco Used
Número del Seguro Social/ Social Security Number			M	Cónyuge [/Pareja de Unión Libre]/ Spouse						<input type="checkbox"/> Sí/Yes
			F	[/Domestic Partner]						<input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente/ Dependent						<input type="checkbox"/> Sí/Yes
			F							<input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente/ Dependent						<input type="checkbox"/> Sí/Yes
			F							<input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente/ Dependent						<input type="checkbox"/> Sí/Yes
			F							<input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente/ Dependent						<input type="checkbox"/> Sí/Yes
			F							<input type="checkbox"/> No

\*Importante: Para UnitedHealthcare Navigate, Select, Select Plus y otros productos en los que se exija elegir un Médico de Atención Primaria, debe utilizar el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos. \*\*Consulte con el representante de su empresa ya que algunos planes dentales exigen que se elija un Dentista de Atención Primaria (PCD, por sus siglas en inglés). \*\*\*En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, proporcione la dirección en una hoja aparte./

\*Important: For UnitedHealthcare Navigate, Select, Select Plus, and other products requiring you to choose a Primary Care Physician, you must use the UnitedHealthcare directory of providers to choose a Primary Care Physician for yourself and each of your covered dependents. \*\*Please see employer representative as some dental plans require a Primary Care Dentist (PCD) selection. \*\*\*For court ordered dependent, legal documentation must be attached. If dependent does not reside with eligible employee, please provide address on a separate sheet.

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

**Marque la casilla de cada cobertura en la que usted o sus dependientes se inscriban.**  
Si su empresa ofrece una variedad de planes, indique cuál es el plan que elige. Indique la cantidad en dólares seleccionada para los planes de Seguro de Vida y por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D), Seguro de Vida Suplementario, Seguro por Discapacidad a Corto Plazo (STD) y Seguro por Discapacidad a Largo Plazo (LTD). Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja./

**Please check the box for each coverage you or your dependents are enrolling in.**  
If your employer offers a choice of plans, indicate which plan you are selecting. Indicate the dollar amount selected for the Life and Accidental Death & Dismemberment (AD&D), Supplemental Life, Short-Term Disability (STD), and Long-Term Disability (LTD) plans. Benefit offerings are dependent upon employer selection.

Persona/Person	Médica/Medical	Dental	Vista/ Vision	Seguro de Vida/AD&D Básico/Basic Life/AD&D	Seguro de Vida/AD&D Sup/Supp Life/AD&D
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<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"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____
Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____

Persona/Person	STD	STD Buy Up	LTD	LTD Buy Up	
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida/ Life Insurance Beneficiary's Full Name and Address	Parentesco/Relationship
--	-------------------------

**D. Información sobre su Seguro Médico Anterior/  
Prior Medical Insurance Information**

**Se debe llenar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior./  
This section must be completed to receive credit for prior medical coverage.**

Dentro de los últimos 12 meses, ¿usted, su cónyuge o sus dependientes han tenido alguna otra cobertura médica?/Within the last 12 months, have you, your spouse, or your dependents had any other medical coverage?

NO  SÍ (si la respuesta es "sí", llene esta sección.)/YES (if yes, please complete this section.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior/Prior medical carrier name \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia/Effective date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de finalización/End date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de cobertura anterior/Prior coverage type:  Empleado/Employee  Cónyuge/Spouse  Hijo(s)/Child(ren)  Familia/Family

**E. Información sobre Otra Cobertura Médica/  
Other Medical Coverage Information**

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

El día que comience esta cobertura, ¿usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes estará cubierto por otra póliza o plan médico de salud, que incluye otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?/On the day this coverage begins, will you, your spouse or any of your dependents be covered under any other medical health plan or policy, including another UnitedHealthcare plan or Medicare?

SÍ (continúe llenando esta sección)/YES (continue completing this section)

NO (omite el resto de esta sección)/NO (skip the rest of this section)

Nombre de la otra compañía de seguros/Name of other carrier \_\_\_\_\_

Información de Otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las personas que están cubiertas por el otro plan)/Other Group Medical Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo (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 de la otra cobertura/Name and date of birth of policyholder for other coverage
Empleado/Employee:				
Nombre del Cónyuge/Spouse Name:				
Nombre del Dependiente/Dependent Name:				
Nombre del Dependiente/Dependent Name:				
Nombre del Dependiente/Dependent Name:				

Nombre del Empleado/Employee Name \_\_\_\_\_

\*B. Ingrese 'B' si este dependiente está cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados)/  
Enter 'B' when this dependent is covered under both you and your spouse's insurance plan (married)

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos de este dependiente./Enter 'S' if you are the parent awarded custody of this dependent and no other individual is required to pay for this dependent's medical expenses.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente./Enter 'F' if this dependent is covered by another individual (not a member of your household) required to pay for this dependent's medical expenses.

Medicare - Información del Empleado/  
Medicare - Employee Information: Si está inscrito en Medicare, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare./  
If enrolled in Medicare, please attach a copy of your Medicare ID card.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia/<br>Enrolled in Part A: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No Elegible para la Parte A/<br>Ineligible for Part A* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)/<br>Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)** |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia/<br>Enrolled in Part B: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No Elegible para la Parte B/<br>Ineligible for Part B* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)/<br>Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)** |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia/<br>Enrolled in Part D: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No Elegible para la Parte D/<br>Ineligible for Part D* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)/<br>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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente/Medicare - Spouse/Dependent Name: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia/<br>Enrolled in Part A: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No Elegible para la Parte A/<br>Ineligible for Part A* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)/<br>Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)** |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia/<br>Enrolled in Part B: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No Elegible para la Parte B/<br>Ineligible for Part B* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)/<br>Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)** |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia/<br>Enrolled in Part D: Effective Date _____ | <input type="checkbox"/> No Elegible para la Parte D/<br>Ineligible for Part D* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)/<br>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

\*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.

\*\* Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes que los beneficios de la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura de la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponda./If you are eligible for Medicare on a primary basis (Medicare pays before benefits under the group policy), you should enroll in and maintain coverage under Medicare Part A, Part B, and/or Part D as applicable.

## F. Antecedentes Médicos/Medical History

Nombre del Empleado/Employee Name \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social/SSN \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo/Group Name \_\_\_\_\_

Responda a las siguientes preguntas sobre usted y cada persona indicada en la Sección B "Información de la Familia" en la primera página de este formulario. Responda en forma completa y verdadera. **Tenga presente que si omite información o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima, retroactiva a la fecha en que su póliza entró en vigencia.**

UnitedHealthcare sólo pretende recopilar información sobre el estado de salud actual de las personas indicadas en la solicitud. Al responder a estas preguntas, no debe incluir información genética. No incluya información sobre antecedentes médicos familiares ni información relacionada con servicios genéticos o enfermedades genéticas que crea que usted o sus dependientes podrían correr el riesgo de adquirir./

Please answer the following questions for yourself and each person listed in Section B "Family Information" on the first page of this form. Please answer completely and truthfully. **Please note that, if you leave out or misrepresent information, we may terminate or not renew your coverage, or we may change your premium retroactive to the date your policy became effective.** UnitedHealthcare is only seeking to collect information about the current health status of those persons listed on the application. In answering these questions, you should not include any genetic information. Please do not include any family medical history information or any information related to genetic services or genetic diseases for which you believe you or your dependents may be at risk.

Nombre del Empleado/Employee Name \_\_\_\_\_

Sí/Yes  No

En los últimos 5 años, ¿usted o algún miembro de su familia indicado en esta solicitud ha sido diagnosticado o tratado por un proveedor médico con licencia por cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, trastornos mentales/nerviosos, enfermedades o defectos congénitos de nacimiento, trasplantes de órganos o de otro tipo, hemofilia, VIH/SIDA, trastornos inmunitarios, trastornos óseos/articulares, enfermedades hepáticas, renales, pulmonares, cardiovasculares; ¿o alguna de estas personas está actualmente embarazada o ha incurrido en reclamos por gastos médicos / de farmacia que excedan los \$5,000 o está en tratamiento o recibiendo atención actualmente por alguna condición médica que no se mencionó arriba?/

In the last 5 years have you or any member of your family listed on this application been diagnosed or treated by a licensed medical provider for cancer, diabetes, multiple sclerosis, mental/nervous disorders, congenital birth defects or diseases, organ or other transplants, hemophilia, HIV/AIDS, immune disorders, bone/joint disorders, diseases of the liver, kidney, lungs, heart/circulatory system; or is anyone currently pregnant, incurred medical / pharmacy claims in excess of \$5,000 or currently undergoing treatment / receiving care for a medical condition not listed above?

**Por favor, detalle todas las respuestas afirmativas anteriores./Please give details to any "yes" answer above.**

**(Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte y asegúrese de fechar y firmar la hoja.)/**

**(If additional space is required, please attach a separate sheet and be sure to date and sign that sheet.)**

Persona/Person	Condición/Diagnóstico/ Condition/Diagnosis	Tratamiento/Medicamentos/ Treatment/Meds	Nombre y Apellido del Médico/ Physician's Name	Fechas de Tratamiento/ Dates Treated	Pronóstico/ Prognosis

**G. Renuncia a la Cobertura/  
Waiver of Coverage**

Rechazo toda cobertura para/  
I decline all coverage for:

- Mí Mismo(a)/Myself
- Cónyuge/Spouse
- Hijos Dependientes/  
Dependent Children
- Mí mismo(a) y todos los dependientes/Myself and all dependents

Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra cobertura/Declining coverage due to existence of other coverage:

- Plan de la Empresa del Cónyuge/Spouse's Employer's Plan
- Plan Individual/Individual Plan
- Cubierto por Medicare/Covered by Medicare
- Medicaid
- COBRA de la Empresa Anterior/COBRA from Prior Employer
- Elegibilidad para VA/VA Eligibility
- Tri-Care
- Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento/I (we) have no other coverage at this time
- Otro/Other \_\_\_\_\_

Entiendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que califique en un período de inscripción especial o como persona inscrita tardíamente, si corresponde, o en el próximo período de inscripciones abiertas. Además, entiendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario./

I understand that by waiving coverage at this time, I will not be allowed to participate unless I qualify at a special enrollment period or as a late enrollee, if applicable, or at the next open enrollment period. I also understand that pre-existing limitations may apply as explained in the Rights and Responsibilities brochure which I have received with this form.

Fecha/Date

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

## H. Firma/Signature

Autorizo a "La(s) Compañía(s)" marcada(s) en la página uno a obtener, usar y divulgar mis registros médicos, de reclamos o beneficios, incluida cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Entiendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (p. ej., proveedores de atención de la salud) así como información sobre el consumo de drogas o de 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 de reaseguro, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de la salud y cualquiera de sus afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a "La(s) Compañía(s)". Entiendo que el fin de la divulgación y del uso de mi información es permitir que "La(s) Compañía(s)" tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Sin embargo, dicha negación puede afectar mi capacidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de "Compañía(s)", salvo que ya se haya actuado en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo exigido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), "La(s) Compañía(s)" también solicita(n) que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Entiendo 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 las normas de privacidad federales. Esta autorización, a menos que se revoque antes, vence 30 meses después de la fecha en que se firme.

Entiendo 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 de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ingresos cualquier contribución necesaria para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud que no esté incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) entiendo (entendemos) que "La(s) Compañía(s)" no debe(n) acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo la obligación permanente de informar los cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi tarjeta de identificación. Conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Usted o su representante autorizado tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

**Certifico que he leído esta solicitud llenada, o que me la han leído, y que me doy cuenta de que cualquier declaración falsa o tergiversación hecha en la solicitud podría derivar en la pérdida de la cobertura de la póliza. En el caso de una disputa, regirán las disposiciones de la versión aprobada en inglés del formulario./**

I authorize "The Company(ies)" checked on page one to obtain, use and disclose my medical, claim or benefit records, including any individually identifiable health information contained in these records. I understand these records may contain information created by other persons or entities (including health care providers) as well as information regarding the use of drug, alcohol, HIV/AIDS, mental health (other than psychotherapy notes), sexually transmitted disease and reproductive health services. I authorize any health care provider, pharmacy benefit manager, other insurer or reinsurer, hospital, clinic or other medical facility, health care clearinghouse, and any of their affiliates, representatives or business associates, to disclose my information to "The Company(ies)". I understand the purpose of the disclosure and use of my information is to allow "The Company(ies)" to make decisions regarding eligibility, enrollment, underwriting and premium risk rating. I understand this authorization is voluntary and I may refuse to sign the authorization. My refusal may, however, affect my ability to enroll in the health plan or receive benefits, if permitted by law. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying my "Company(ies)" representative in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. As required by HIPAA, "The Company(ies)" also request that I acknowledge the following, which I do: I understand that information I authorize a person or entity to obtain and use may be re-disclosed and no longer protected by federal privacy regulations. This authorization, unless revoked earlier, expires 30 months after the date it is signed.

I understand that I am completing a joint life and health application and that each response must be complete and accurate. I (we) request the indicated group medical coverage for myself and, if the plan provides, for my dependents. I authorize any required premium contributions to be deducted from earnings. I (we) have not given the agent or any other persons any health information not included on the application. I (we) understand that "The Company(ies)" is not bound by any statements I (we) have made to any agent or to any other persons, if those statements are not written or printed on this application and any attachments. I have a continuing obligation to report changes in health status (e.g. received medical advice, diagnosis, care or treatment) after I sign the enrollment form and before receipt of my identification card. Please maintain a copy of this authorization for your records.

You or your authorized representative are entitled to receive a copy of this authorization.

**I certify that I have read, or have had read to me, this completed application and that I realize that any false statement or misrepresentation in the application may result in loss of coverage under the policy. In the event of a dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.**

Fecha/Date	Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura/ Employee Signature for all applying	Firma del Cónyuge (si solicita la cobertura) Spouse Signature (if applying for coverage)
------------	---	---

**I. Información del Censo (opcional)/Census Information (optional)**

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional y no es obligatoria. Los datos recopilados en esta sección sólo se utilizarán para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no se utilizará en el proceso de elegibilidad./NOTE: Responding to this question is optional and is not required. Data collected in this section will be used only to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their well-being. This information will not be used in the eligibility process.

- 
1. Raza, marque todas las que correspondan/Race, check all that apply:
- Blanco/White     Negro, Afroamericano/Black, African-American     Indioamericano/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native
- Asiático/Asian     Nativo de Hawai/de otra Isla del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander
- Otra Raza, especifique/Other Race, please specify \_\_\_\_\_
- 
2. ¿Es usted hispano o latino?/Are you of Hispanic or Latino origin?     Sí/Yes     No
-