



Formulario de solicitud de inscripción para participantes del plan Level Funded/Level Funded plan participant enrollment application form

UnitedHealthcare Level Funded

Envíe la correspondencia a/Send correspondence to: P.O. Box 31394, Salt Lake City, UT 84131

• Teléfono/Phone: 1-877-797-8812

Llene todo el formulario de solicitud de inscripción para evitar demoras en el procesamiento. Escriba toda la información en letra de molde legible./ Fill out the entire enrollment application form to avoid processing delay. Please clearly print all information.

Número del Seguro Social del Miembro/Enrollee Social Security Number

				-				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

N.º de Grupo/Group No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Información del Miembro/Enrollee Information

Nombre del patrocinador del plan/Plan Sponsor Name

Dirección del patrocinador del plan (si hay más de un sitio)/ Plan Sponsor Address (If more than one location)

Apellido/Last Name

Nombre/First Name

Inicial/Initial

☐ Soltero/Single
☐ Casado/Married

Dirección/Address

N.º de dpto./Apt #

Ciudad/City

Estado/State

Código postal/ZIP

Condado/County

N.º de teléfono/Phone #

Dirección de correo electrónico/Email Address

N.º de teléfono celular/Cell Phone #

Ocupación/Occupation

Fecha de inicio del empleo a tiempo completo/
Date Employed Full Time

Promedio de horas trabajadas por semana/Average Hours Worked Per Week

¿Es un contratista independiente?/
Are you an independent contractor?

☐ Sí/Yes ☐ No

Información del Miembro y de los Dependientes (solo de aquellos que solicitan la inscripción)/ Enrollee and Dependent Information (only for those applying)

Si necesita agregar más dependientes, use una hoja rayada, firmela y féchela, y marque esta casilla/

If you need to list additional dependents, please use lined paper, sign and date it, and check this box: ☐

	Miembro/Enrollee	Cónyuge/Spouse	Hijo 1/Child 1	Hijo 2/Child 2	Hijo 3/Child 3
Nombre/First Name					
Apellido/Last Name					
Género/Gender	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F
Fecha de Nacimiento/ Date of Birth					
Estatura/Height					
Peso/Weight					
¿Consumió productos de tabaco o nicotina, incluidos los cigarrillos electrónicos o dispositivos similares en los últimos 12 meses?/ Tobacco or nicotine use including e-cigarette or similar devices in the past 12 months?	☐ Sí/Yes ☐ No	☐ Sí/Yes ☐ No	☐ Sí/Yes ☐ No	☐ Sí/Yes ☐ No	☐ Sí/Yes ☐ No
Número del Seguro Social/ Social Security Number					
Nombre del Médico de Cuidado Primario/ Primary Care Physician's Name					

Requisitos de Participación y Otros Seguros (que mantendrá además de esta cobertura)/ Eligibility and Other Insurance (insurance that will be kept in addition to this coverage)

¿Actualmente Trabaja a Tiempo Completo?/ Currently Working Full Time	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes
¿Piensa Mantener la Cobertura de Otro Seguro?/ Plan to Keep Other Insurance Coverage	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes
Número de Póliza del Otro Seguro/ Other Insurance Policy Number					
Nombre de las Otras Compañías de Seguros/ Name of Other Insurance Company(ies)					
¿Cobertura de Medicare/Medicaid?/ Covered by Medicare/ Medicaid	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes	☐ Sí/Yes
Fecha de Vigencia de la Cobertura de Medicare/Medicaid/ Medicare/Medicaid Coverage Effective Date					

Información de la Cobertura y Solicitud de Cambio/Coverage and Change Request Information

Médica/Medical: ☐ Participante del plan/Plan Participant ☐ Familia/Family ☐ Participante del plan/Cónyuge/Plan Participant/Spouse
☐ Participante del plan/Hijos dependientes/Plan Participant/Dependent Child(ren)

Nombre del plan médico que ha elegido/Name of Medical Plan You Have Selected: _____

Solicitud de cambio/Change Request: ☐ Matrimonio/Marriage ☐ Divorcio/Divorce ☐ Adopción/Adoption
☐ Regreso a la escuela a tiempo completo/Returning to School Full Time
☐ Orden judicial/Court Order

Fecha del evento/Date of Event: _____ (es posible que deba presentar un comprobante del evento/
you may be required to provide proof of event)

Adjunte una declaración escrita y firmada por el patrocinador del plan si solicita una fecha de vigencia de la cobertura diferente de la fecha de vigencia del patrocinador del plan. No se puede garantizar la fecha de vigencia./Attach a written and signed statement by the plan sponsor for a requested coverage effective date other than plan participant effective date. Effective date may not be guaranteed.

Historial Médico/Medical History

Responda las siguientes preguntas sobre usted y cada persona incluida en la sección Información del Miembro y de los Dependientes, en la página 2 de este formulario. Responda de forma completa y verdadera. Tenga en cuenta que, si hace declaraciones falsas u omite información de manera fraudulenta, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su pago mensual retroactivamente a la fecha en que su cobertura entró en vigencia./Please answer the following questions for yourself and each person listed on the Enrollee and Dependent Information Section on page 2 of this form. Please answer completely and truthfully. Please note that, if you fraudulently leave out or fraudulently misrepresent information, we may terminate or not renew your coverage, or we may change your monthly payment retroactive to the date your coverage became effective.

Todas las declaraciones incluidas en todo este formulario deben ser verdaderas y correctas, y no se puede ocultar ni omitir ninguna información importante./All statements contained in this entire form must be true and correct and no material information can be withheld or omitted.

1. En los últimos 5 años, ¿alguna persona incluida en esta solicitud ha sido diagnosticada o examinada/tratada por un profesional de cuidado de la salud en relación con cualquier enfermedad, lesión o condición de salud de alguna de las categorías que se indican a continuación?/In the last 5 years, has anyone on this application been diagnosed with, or been examined/treated by a health care professional for any illness, injury, or health condition in any of the categories listed below?
 - a. Cáncer/Tumor (indique el tipo de cáncer y el sitio del tumor a continuación)/
Cancer/Tumor (indicate type of cancer and location of tumor below) ☐ Sí/Yes ☐ No
 - b. Abuso de sustancias/Salud mental/Mental Health/Substance Abuse ☐ Sí/Yes ☐ No
 - c. Trastorno de la sangre/Hemofilia/Blood Disorders/Hemophilia ☐ Sí/Yes ☐ No
 - d. Trastorno congénito/Discapacidad/Congenital Disorder/Disability ☐ Sí/Yes ☐ No
 - e. Enfermedad cardíaca/Enfermedad circulatoria/Presión arterial alta/Derrame cerebral/
Heart/High Blood Pressure/Circulatory Disease/Stroke ☐ Sí/Yes ☐ No
 - f. Trastorno renal/Trastorno vesical/Trastorno urinario/Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)/
Kidney/Bladder/Urinary Disorders/ESRD ☐ Sí/Yes ☐ No
 - g. Trasplante – previo, pendiente o recomendado (indique el órgano)/
Transplant – prior, pending or recommended (indicate organ) ☐ Sí/Yes ☐ No
 - h. Trastorno digestivo/Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa/
Digestive Disorder/Crohn's Disease/Ulcerative Colitis ☐ Sí/Yes ☐ No
 - i. Enfermedad hepática/Cirrosis/Hepatitis (indique el tipo a continuación)/
Liver Disease/Cirrhosis/Hepatitis (indicate type below) ☐ Sí/Yes ☐ No
 - j. Endocrina/Diabetes/Hormona del crecimiento/Tiroidea/Endocrine/Diabetes/Growth Hormone/Thyroid ☐ Sí/Yes ☐ No
 - k. Sistema inmunitario/Lupus/Psoriasis/VIH/SIDA/Immune System/Lupus/Psoriasis/HIV/AIDS ☐ Sí/Yes ☐ No
 - l. Trastorno del sistema nervioso/Esclerosis múltiple/Convulsiones/Epilepsia/Parálisis/
Nervous System Disorder/Multiple Sclerosis/Seizure/Epilepsy/Paralysis ☐ Sí/Yes ☐ No
 - m. Pulmonar/Respiratoria/Fibrosis quística/EPOC/Lung/Respiratory/Cystic Fibrosis/COPD ☐ Sí/Yes ☐ No
 - n. De espalda/Huesos/Articulaciones/Músculos/Artritis/Back/Bones/Joints/Muscles/Arthritis ☐ Sí/Yes ☐ No
 - o. Reproductiva/Infertilidad/Trastornos de seno/ síndrome del ovario poliquístico (SOP)/
Reproductive/Infertility/Breast Disorders/PCOS ☐ Sí/Yes ☐ No

Si su respuesta a cualquiera de las categorías anteriores es “sí”, proporcione información detallada a continuación sobre cada persona en cuestión./If your answer to any of the above categories is “yes” please provide detailed information below for each person involved.

2. ¿Alguna persona incluida en esta solicitud está embarazada actualmente? Si la respuesta es “sí”, proporcione información detallada, incluida la fecha probable de parto, cualquier complicación del embarazo, cesárea o partos múltiples previstos./Is anyone on this application currently pregnant? If “yes,” please provide detailed information including anticipated delivery date, any pregnancy complications, anticipation of multiple births, and/or Cesarean Section. ☐ Sí/Yes ☐ No
3. En los últimos 12 meses, ¿alguna persona incluida en esta solicitud ha sido hospitalizada (como paciente hospitalizado o ambulatorio) o tuvo una cirugía? Si su respuesta es “sí”, proporcione información detallada a continuación, incluida la cirugía (si corresponde), el diagnóstico y el tratamiento actual y futuro recomendado, sobre cada persona en cuestión./In the past 12 months, has anyone on this application been hospitalized (inpatient or outpatient) or had surgery? If your answer is “yes,” please provide detailed information below including surgery (if applicable), diagnosis, current and future treatment recommended for each person involved. ☐ Sí/Yes ☐ No
4. En los últimos 12 meses, ¿alguna persona incluida en esta solicitud toma actualmente medicamentos con receta o se los recetaron o recomendaron? Si su respuesta es “sí”, proporcione información detallada a continuación sobre cada persona en cuestión./In the past 12 months, has anyone on this application been recommended or prescribed medications, or is anyone currently taking prescription medications? If your answer is “yes,” please provide detailed information below for each person involved. ☐ Sí/Yes ☐ No
5. En los últimos 5 años, ¿alguna persona incluida en esta solicitud fue evaluada o diagnosticada, recibió tratamiento médico o una recomendación para recibir tratamiento médico, o fue hospitalizada en relación con alguna enfermedad, lesión o condición de salud que no se haya mencionado anteriormente? Si su respuesta es “sí”, proporcione información detallada a continuación sobre cada persona en cuestión./In the past 5 years, has anyone on this application been tested for or diagnosed with, received medical treatment, or had medical treatment recommended, or been hospitalized for any illness, injury or health condition not previously mentioned? If your answer is “yes,” please provide detailed information below for each person involved. ☐ Sí/Yes ☐ No

Proporcione detalles sobre todas las respuestas afirmativas anteriores. (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte y feche y firme la hoja.)/
Please give details of all “yes” answers above. (If additional space is required, please attach a separate sheet and date and sign that sheet.)

Pregunta N.º/ Question #	Persona/Person	Condición/Diagnóstico/ Condition/Diagnosis	Tratamiento/Medicamentos/ Treatment/Meds	Fechas de Tratamiento/ Dates Treated	Pronóstico/ Prognosis

Información de la Cobertura Médica Anterior/Prior Medical Coverage Information

☐ Sí/Yes ☐ No ¿Usted o alguno de los dependientes que solicitan cobertura han estado cubiertos por el plan médico de grupo anterior de este patrocinador del plan?/Have you or any dependents applying for coverage been covered by this plan sponsor's prior group medical plan?

☐ Sí/Yes ☐ No ¿Usted o alguno de los dependientes que solicitan cobertura han estado cubiertos por cualquier otro plan médico que no sea el plan de grupo anterior de este patrocinador del plan?/Have you or any dependents applying for coverage been covered by any medical plan other than this plan sponsor's prior group plan?

Si la respuesta es Sí/If yes:

Nombre de la compañía de seguros/Insurance Company Name _____

N.º de teléfono/Phone # _____ N.º de póliza/grupo/Policy/Group # _____

Fecha de cancelación/Termination Date _____ Fecha de vigencia/Effective Date _____

Motivo de la cancelación/Reason for Termination _____

¿Quién estuvo cubierto?/Who was covered _____

Tipo de plan/Type of Plan: ☐ Plan de grupo del patrocinador del plan anterior/Prior Plan Sponsor Group Plan

☐ Plan de grupo del patrocinador del plan del cónyuge/Spouse's Plan Sponsor Group Plan ☐ Póliza individual/Individual Policy

☐ Otro/Other _____

Firma/Signature

Declaro que todos los datos y respuestas incluidos en todo este formulario, y en cualquier otro formulario de solicitud de cobertura o de administración de seguro de salud que llené en los últimos 120 días y fue entregado a UnitedHealthcare, son verdaderos y correctos, y que no he ocultado ni omitido ninguna información importante. También entiendo que la información proporcionada en este formulario se usará para tomar decisiones con respecto a los precios y al cumplimiento de los requisitos de participación. Entiendo que una declaración falsa, el ocultamiento o la omisión de un hecho, o un error de hecho (sea o no un error mutuo) podría afectar sustancialmente la suscripción, la prima, la calificación o los términos y las condiciones de la Póliza de Seguro de Exceso de Pérdida (la "Póliza") del patrocinador de mi plan, lo que a su vez podría causar cambios en los términos y las condiciones de la Póliza de Seguro de Exceso de Pérdida del patrocinador de mi plan, incluido el aumento retroactivo de las tarifas de la prima y de los puntos de intervención, o la cancelación de dicha Póliza. Asimismo, entiendo que, si de forma voluntaria o intencional hago una declaración falsa, oculto u omito cualquier hecho importante que incida en los términos, las condiciones o la suscripción de la Póliza de Seguro de Exceso de Pérdida del patrocinador de mi plan, dicha Póliza se podría declarar nula y sin efecto desde el principio./I declare that all statements and responses contained in this entire form, and in any other health insurance administration and/or coverage application form that I completed within the last 120 days that was provided to UnitedHealthcare, are true and correct and that no material information has been withheld or omitted. I also understand that the information provided on this form is used to make decisions regarding eligibility and pricing. I understand that misrepresentation, concealment or omission of fact, or a mistake of fact (whether or not a mutual mistake), could materially affect the underwriting, premium, rating or terms and conditions of my plan sponsor's Excess Loss Insurance Policy ("Policy") which could result in changes to the terms and conditions of my plan sponsor's Excess Loss Insurance Policy, including retroactive increased premium rates and attachment points, or termination of that Policy. I also understand that willful or intentional misrepresentation, concealment or omission of any material fact affecting terms, conditions, or underwriting of my plan sponsor's Excess Loss Insurance Policy could result in that Policy being null and void in its inception.

Entiendo y acepto que el patrocinador del plan no está obligado a acatar ninguna declaración que haya hecho o recibido cualquier agente, a menos que se indique por escrito en el presente documento. Acepto que ningún beneficio médico entrará en vigencia hasta la fecha especificada en el Resumen de la Descripción del Plan. Si ahora renuncio a la cobertura médica para mí o para mis dependientes, he leído la disposición completa de renuncia y entiendo los requisitos de inscripción si más adelante presento una solicitud de dicha cobertura./I understand and I agree that the Plan Sponsor is not bound by any statement made by or to any agent unless written herein. I agree that no medical benefits will be effective until the date specified in the Summary Plan Description. If I am now waiving medical coverage for myself and/or for my dependents, I have read the entire Waiver provision and understand the enrollment requirements if I make a request for such coverage at a later date.

La cobertura solamente entrará en vigencia después de la aprobación y del cumplimiento de cualquier período de prueba./Coverage is effective only after approval and satisfaction of any probationary period.

En algunos estados, toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o administrador del plan, presente un formulario de Solicitud de Inscripción o un reclamo que contenga información sustancialmente falsa puede ser culpable de fraude, que es un delito./In some states, any person who, knowingly and with intent to defraud an insurance company or plan administrator, submits an enrollment application form or files a claim containing any materially false information may be guilty of fraud, which is a crime.

Todas las páginas deben estar adjuntas y completas, incluida esta autorización, para que el formulario de Solicitud de Inscripción se considere completo. Es posible que los formularios de Solicitud de Inscripción incompletos sean rechazados./All pages must be attached and complete, including this authorization, for the enrollment application form to be considered complete. Incomplete enrollment application forms may be rejected.

Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que UnitedHealthcare y sus compañías afiliadas no deben 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 aparecen en esta solicitud ni en ninguno de los documentos adjuntos. Tengo la obligación permanente de informar sobre los cambios en el estado de salud (p. ej., si he recibido consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento) después de firmar la solicitud de inscripción y antes de recibir mi tarjeta de ID. Conserve una copia de esta autorización para su archivo personal./I (we) understand that UnitedHealthcare and Affiliates 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.

Autorización para Divulgar Información Médica para la Inscripción/Authorization to Disclose Medical Information for Enrollment

Por medio del presente documento, autorizo a aquellos médicos, profesionales médicos, hospitales, clínicas, centros de administración para veteranos, administradores de beneficios de farmacia, servicios de información médica, centros de cuidado de urgencia y otras entidades médicas o médicamente relacionadas, compañías de seguro o de reaseguro y agencias de informes de consumidores que posean información disponible con respecto a la condición de salud física actual o anterior, incluido el abuso de drogas o de alcohol, o el tratamiento para mí o mis dependientes propuestos para la cobertura, a divulgar dicha información total o parcialmente, que incluye, entre otros, registros médicos, notas de proveedores de cuidado de la salud, pruebas y resultados de laboratorio, diagnósticos, tratamientos y pronósticos. Entiendo que la información obtenida por medio de esta autorización se puede usar para determinar el cumplimiento de los requisitos de participación para la emisión de la cobertura de salud para mí y para mis dependientes. Esta autorización no se aplica a las notas de psicoterapia./I hereby authorize those physicians, medical practitioners, hospitals, clinics, veterans administration facilities, pharmacy benefit managers, medical information services, urgent care facilities, and other medical or medically related entities, insurance or reinsurance companies, and consumer reporting agencies that have information available as to the present or former physical health condition, including drug or alcohol abuse, and/or treatment of me or my dependents proposed for coverage to release any and all such information, including, but not limited to, medical records, health care provider notes, laboratory tests and results, diagnoses, treatment, and prognoses. I understand the information obtained by use of this authorization may be used to determine eligibility for issuance of health coverage for me and my dependents. This authorization is not applicable to psychotherapy notes.

Acepto que una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original y que esta autorización vencerá 15 meses después de la cancelación de cualquier cobertura que obtenga. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a menos que se hayan tomado medidas en virtud de mi autorización. La información obtenida no se divulgará a ninguna persona u organización, excepto a compañías de reaseguro o a otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi inscripción en la cobertura, por cualquier reclamo, con fines de administración médica o según lo exija la ley o según lo autorice yo./I agree that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original and that this authorization shall expire 15 months after the termination of any coverage I obtain. I understand that I may request a copy of this authorization. I understand that I may revoke this authorization at any time in writing unless action has been taken in reliance on my authorization. Any information obtained will not be released to any person or organization, except to reinsuring companies or other persons or organizations performing business or legal services in connection with my enrollment for the coverage, for any claim, for medical management purposes, or as may be otherwise lawfully required or as I may further authorize.

Firma del miembro X/Enrollee Signature X _____

Fecha/Date _____

Si firma un representante del miembro, indique la autoridad legal del representante para actuar en nombre del miembro./

If signed by a representative of enrollee, please indicate the representative's legal authority to act on behalf of enrollee.

**Renuncia (llene esta sección si renuncia a la cobertura médica)/
Waiver (please complete if you are waiving medical coverage)**

Renuncio a la cobertura médica para/I waive medical coverage for:

- ☐ Mí (y mis dependientes)/Self (and dependents)
☐ Cónyuge/Spouse
☐ Hijos dependientes/Dependent Children

Indique la razón de la renuncia a la cobertura/
Please state reason for waiving coverage:

Cobertura que califica/Qualifying Coverage: _____ Otra/Other: _____

Si renuncio a la cobertura para mí o para mis dependientes (incluido mi cónyuge) debido a la existencia de otra cobertura de seguro de salud, en el futuro podré inscribirme e inscribir a mis dependientes en el plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días después de que termine mi otra cobertura debido a la pérdida involuntaria de otra cobertura (divorcio, fallecimiento, separación legal, despido, reducción en la cantidad de horas de empleo). Además, si se crea una nueva relación de dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, tendré la posibilidad de inscribir a mis dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días después de la fecha del evento./If I have waived coverage for myself and/or my dependents (including my spouse) because of other health insurance coverage, I may in the future be able to enroll myself and/or my dependents in the plan, provided that I request enrollment within 31 days after my other coverage ends because of involuntary loss of other coverage (divorce, death, legal separation, termination of employment, reduction in number of hours of employment). In addition, if I have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, I may be able to enroll my dependents, provided that I request enrollment within 31 days after the date of the event.

Firma del solicitante X/Applicant Signature X _____ Fecha/Date _____

SUS DERECHOS CON RESPECTO AL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN GENÉTICA/YOUR RIGHTS REGARDING THE RELEASE AND USE OF GENETIC INFORMATION

– Los resultados de cualquier prueba genética, incluida la información sobre pruebas genéticas, no se usarán como fundamento para lo siguiente: (1) cancelar, restringir, limitar o de alguna manera aplicar condiciones para la cobertura de una persona o un familiar conforme al plan, o restringir la venta del plan a una persona o un familiar; (2) cancelar o denegar la renovación de la cobertura de una persona o un familiar conforme al plan; (3) denegar la cobertura o excluir a una persona o un familiar de la cobertura conforme al plan; (4) imponer una cláusula adicional que excluya la cobertura para ciertos beneficios o servicios conforme al plan; (5) establecer diferenciales en los costos mensuales o en los costos compartidos para la cobertura del plan; (6) de otra manera discriminar a una persona o un familiar en la provisión del seguro./The results of any genetic test, including genetic test information, shall not be used as the basis to: (1) terminate, restrict, limit or otherwise apply conditions to the coverage of an individual or family member under the plan, or restrict the sale of the plan to an individual or family member; (2) cancel or refuse to renew the coverage of an individual or family member under the plan; (3) deny coverage or exclude an individual or family member from coverage under the plan; (4) impose a rider that excludes coverage for certain benefits or services under the plan; (5) establish differentials in monthly costs or cost-sharing for coverage under the plan; (6) otherwise discriminate against an individual or family member in the provision of insurance.