

 **Para acelerar el proceso de inscripción,  
proporcione toda la información y llene todas las secciones pertinentes.**

**Grupos de entre 2 y 25 empleados**

**Solicitud de inscripción/cambio/cancelación**



**E. Información sobre otra cobertura médica/Renuncia (Debe completar esta sección.)** Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

¿Han tenido usted o sus dependientes alguna otra cobertura médica en los últimos 12 meses?  SÍ  NO ¿Se cancelará esta cobertura?  SÍ  NO

Nombre de la compañía aseguradora (utilice una hoja aparte, si hace falta.)	Fecha de vigencia	Fecha de cancelación	¿Cuándo?
---	-------------------	----------------------	----------

Tipo de cobertura:  Póliza de grupo  Póliza individual  Medicare/Medicaid  Otro

¿Tiene esta cobertura a través del empleador de su cónyuge?  SÍ  NO En caso afirmativo, escriba el nombre del empleador.

Nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social del titular de la póliza

Parentesco entre el empleado y el titular de la póliza Nombres de los familiares con otra continuación de la cobertura médica (incluyendo Medicare)

Fecha de vigencia de Medicare Partes A y B

Motivos por los que recibe Medicare:  
 Mayor de 65  Incapacitado  Enferm. renal

N° de reclamación de Medicare

**RENUNCIA** He decidido no inscribirme para obtener esta cobertura para mí, mi cónyuge y mis hijos dependientes por el siguiente motivo:

Existencia de otra cobertura médica  Cobertura del cónyuge  Otra razón (Explique) \_\_\_\_\_

Marque una de las casillas anteriores, luego lea esta declaración y firme abajo.

Comprendo que si yo y/o mis dependientes, si tengo alguno, renunciamos a la cobertura y decidimos participar en el plan más adelante, es posible que se nos considere como solicitantes fuera de plazo y que podamos solicitar la cobertura durante el próximo periodo de inscripción abierta. Comprendo además que si renuncio a la cobertura para mí o mis dependientes (incluido/a mi cónyuge) porque tengo otra cobertura médica, es posible que en el futuro pueda inscribirme o inscribir a mis dependientes en este plan, siempre y cuando solicite hacerlo dentro de los 30 días a partir de la fecha en que termine la cobertura bajo el otro plan. Además, si se crea una nueva relación de dependencia como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción, es posible que pueda inscribirme e inscribir a mis dependientes, siempre y cuando solicite hacerlo dentro de los 30 días a partir de la fecha de dicho matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción. He leído y comprendo la "Información importante" impresa en la parte de atrás de este formulario.

**F. Estudios de investigación médica / Productos y servicios adicionales**

X Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Sólo debe firmar aquí si renuncia a la cobertura.)

No deseo recibir información acerca de estudios de investigación médica.

No deseo recibir información acerca de otros productos y/o servicios.

**Historial médico (para grupos nuevos de entre 2 y 25 personas)**

¿Han recibido usted o sus dependientes un diagnóstico, tratamiento, asesoría o consejo durante los últimos 5 años por cualquiera de los siguientes motivos?

MARQUE LAS CASILLAS APROPIADAS Y EXPLIQUE SI ES NECESARIO.

**Cáncer/Tumor**  Pulmón  Mama  Hígado  Leucemia/Linfoma  Melanoma

Sí  No

1

Otro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_ Etapa/Nivel \_\_\_\_\_

**Corazón/ Circulatorio**

Sí  No

2

Hipertensión  Derrame cerebral  Aneurisma  Enfermedad cardíaca  Hemofilia  Trastorno sanguíneo  Úlcera cutánea

Venas varicosas  Flebitis  Insuficiencia cardíaca congestiva  Bypass/Angioplastia

Colesterol elevado/Triglicéridos  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Reproductor**

Sí  No

3

Embarazo actual (fecha esperada de parto)  Se espera nacimiento múltiple.  Complicaciones del embarazo

Infertilidad  Endometriosis  Trastornos de mama  Otro \_\_\_\_\_ (actual o anterior)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Intestinal/ Endocrino**

Sí  No

4

Vesícula biliar  Trastorno del hígado  Hepatitis B/C  Trastorno del colon (presente el diagnóstico)  Enfermedad de Crohn/ Colitis ulcerosa

Diabetes  Úlcera  Pancreatitis crónica  Hernia hiatal/Reflujo  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Cerebro/Nervioso**

Sí  No

5

Esclerosis múltiple  Parálisis  Parálisis cerebral  Migrañas  Enfermedad de Parkinson  Enfermedad de Alzheimer

Otro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Inmunológico**

Sí  No

6

Lupus  VIH+  SIDA  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

Continúa en la página siguiente

**Pulmones/Respiratorio**  Sí  No **7**  Asma  Alergias  Fibrosis cística  Enfisema/Bronquitis crónica  
 Neumonía  Tuberculosis  Apnea del sueño  Otro \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Ojos/Oídos/Nariz/Garganta**  Sí  No **8**  Retinopatía  Labio leporino/Paladar hendido  Sinusitis crónica  Tabique desviado  Neuroma acústico  Glaucoma  
 Cataratas  Infecciones crónicas del oído  Otro \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Urinario/Riñón**  Sí  No **9**  Insuficiencia renal  Poliquistosis renal  Vejiga neurogénica  
 Cálculos renales  Enfermedades de la próstata  Otro \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Huesos/Músculos**  Sí  No **10**  Disco hinchado/herniado  Enanismo hipofisario  Espina bífida  Artritis reumatoide u osteoartritis  Lesión de las articulaciones  
 Desgarro/Distensión muscular  Otros trastornos de la espalda/cuello  Otro \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Salud mental/Abuso de sustancias químicas**  Sí  No **11**  Trastorno bipolar/mánico depresivo  Trastorno alimenticio  Ansiedad/Depresión  Alcoholismo  Abuso de drogas  
 Intento de suicidio  Trastorno por déficit de atención  Otro \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ Estado actual \_\_\_\_\_

**Trasplante**  Sí  No **12**  Órgano \_\_\_\_\_  Médula ósea  Cirugía finalizada (Fecha \_\_\_\_\_)  Se discutió posible trasplante futuro.  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Rechazos/Complicaciones \_\_\_\_\_  
 Tratamiento actual \_\_\_\_\_  
 (Fecha \_\_\_\_\_) Estado actual \_\_\_\_\_

**Medicamentos**  Sí  No **13**  Medicamentos actuales Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento \_\_\_\_\_  
 Medicamentos administrados en el último año Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Fecha de la última dosis \_\_\_\_\_

**Otros**  Sí  No **14**  Se discutió o aconsejó tratamiento o cirugía, pero no se ha llevado a cabo todavía.  
 Condición o trastorno congénito no descrito anteriormente  
 Pruebas o resultados físicos anormales  Cambio de peso sin explicación  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Información detallada \_\_\_\_\_

Sí  No **15** ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud ha consumido productos de tabaco en los últimos 12 meses? Nombre \_\_\_\_\_

**SI NECESITA MÁS ESPACIO, UTILICE UNA HOJA APARTE, PERO ASEGÚRESE DE FECHAR Y FIRMAR DICHA HOJA.**

**Firma** (El formulario debe estar firmado.)

Declaro que la información que he proporcionado en este formulario es exacta y completa.

Comprendo que el plan de beneficios médicos que he seleccionado reembolsa ciertos costos médicos, tal como se describe más detalladamente en el Certificado de cobertura o en la Breve descripción del plan. Comprendo que pueden darse circunstancias en las que las decisiones que yo o mi médico tomemos o los gastos médicos en los que incurra no estén cubiertos por mi plan de beneficios médicos.

Comprendo que es posible que la información obtenida en relación con la administración del plan de beneficios se utilice para informarme acerca de ciertos productos o servicios médicos que pueden resultar útiles en mi caso, y de otras formas permitidas bajo la ley. Comprendo que es posible que se combine dicha información con otra información, de forma tal que ya no se pueda identificar individualmente, y que luego se utilice para fines comerciales o de otro tipo.

Confirmando que recibí la "Información importante" impresa en la parte de atrás de este formulario.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del empleado \_\_\_\_\_ Firma del cónyuge \_\_\_\_\_  
 (si es posible y corresponde)

**LA LEY DE SEGUROS EXIGE QUE TODAS LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS EN EL MERCADO DE GRUPOS PEQUEÑOS EMITAN LOS PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD QUE COMERCIALIZAN A PEQUEÑOS EMPLEADORES DE ENTRE 2 Y 50 EMPLEADOS, INCLUIDO EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD BÁSICO O ESTÁNDAR, MEDIANTE SOLICITUD POR PARTE DEL PEQUEÑO EMPLEADOR A TODO EL GRUPO PEQUEÑO, INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE SALUD DE CUALQUIERA DE LOS INDIVIDUOS DEL GRUPO.**

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Para que usted pueda tomar ciertas decisiones acerca de su cobertura y tratamiento médico, consideramos importante que comprenda cómo funciona el plan y cómo esto puede afectarlo. Debido a que este entorno cambia constantemente, la información no puede ser nunca completa y, por tanto, le recomendamos que se comunique con nosotros si no encuentra una respuesta a sus preguntas en su Resumen de beneficios, Evidencia de cobertura u otros materiales del plan. Podrá encontrar información adicional en [www.uhc.com](http://www.uhc.com) y en [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

1. Nosotros no proporcionamos los servicios médicos ni tomamos las decisiones acerca del tratamiento, sino que ayudamos a pagar y/o administrar el plan de beneficios médicos en el que usted se ha inscrito. Esto significa que:
  - Tomamos las decisiones acerca de si el plan de beneficios médicos que ha escogido le reembolsará por la atención médica que reciba.
  - No decidimos qué tipo de atención usted necesita o recibirá. Les corresponde a usted y a su médico tomar esas decisiones.
2. Es posible que celebremos acuerdos con otras entidades para que se hagan cargo de algunas de nuestras responsabilidades, pero dichas entidades deben proceder de acuerdo con el compromiso que nosotros asumimos con su plan.
3. Es posible que utilicemos cierta información acerca de usted que lo identifica a nivel personal con el fin de identificar para usted (y sólo para usted) ciertos procedimientos, productos o servicios que podrían resultarle útiles.
4. Tenemos contratos con redes de médicos y otros proveedores. Nuestro proceso de revisión de las credenciales confirma la información de dominio público acerca de las licencias y demás credenciales de los proveedores, pero no garantiza la calidad de los servicios que usted reciba.
5. Los médicos y otros proveedores de nuestras redes son contratistas independientes y, por tanto, no son nuestros empleados ni agentes. No controlamos, ni tenemos derecho a controlar, el tratamiento o plan de su médico.
6. Es posible que celebremos un acuerdo con su médico u otro proveedor para compartir con ellos los ahorros en los costos que resultan de nuestra forma de trabajar. Animamos a los proveedores de nuestra red a que le expliquen la naturaleza de dichos acuerdos, pero, si no lo hacen, lo animamos a usted a que les pregunte.
7. Animamos a los médicos a que hablen con usted acerca de la atención médica que usted o su médico consideran que podría tener buenos resultados.
8. Utilizaremos la información acerca de usted que lo identifica a nivel personal según lo permitan las leyes vigentes, como en nuestras operaciones e investigaciones. Utilizaremos datos anónimos para fines comerciales, incluyendo los estudios de investigación.

**Declaración y autorización para obtener y divulgar información relacionada con los requisitos para recibir la cobertura médica**

Por la presente, yo (nosotros) solicito (solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada para mí y, si el plan lo permite, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mi sueldo cualquier contribución a la prima que corresponda.

Autorizo (autorizamos) a todos los proveedores de servicios o suministros médicos y a cualquiera de sus representantes a proporcionar la siguiente información a las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO)/compañías aseguradoras: toda la información disponible acerca del historial, la condición o el tratamiento médico de cualquier persona nombrada en esta solicitud. Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a la(s) HMO/compañía(s) aseguradora(s) a utilizar esta información para determinar la elegibilidad para la cobertura médica y para los beneficios bajo una póliza existente.

También autorizo (autorizamos) a la(s) HMO/compañía(s) aseguradora(s) a proporcionar esta información a sus representantes o a cualquier otra organización para los fines antes indicados. Yo (nosotros) acepto (aceptamos) que esta autorización tendrá validez durante un plazo de 30 meses a partir de la fecha de este formulario. Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que tengo (tenemos) derecho a pedir y recibir una copia de esta autorización.

Comprendo que se me pueden enviar en formato electrónico el Certificado de cobertura, la Breve descripción del plan y los demás documentos, avisos y materiales acerca de mi plan de beneficios.

No he (hemos) proporcionado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información sobre la salud que no se incluya en la Solicitud de cobertura médica. Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que las declaraciones que hice (hicimos) al agente u otras personas no representan una obligación para la(s) HMO/compañía(s) aseguradora(s) si dichas declaraciones no aparecen por escrito o no están impresas en la presente Solicitud de cobertura médica o en los documentos adjuntos.

Tengo la obligación constante de informar acerca de los cambios que se produzcan en cuanto a mi salud (p. ej.: consejos médicos que recibí, diagnóstico, atención o tratamiento) después de haber firmado el formulario de inscripción y antes de haber recibido la tarjeta de identificación.

UnitedHealthcare of Illinois, Inc. ofrece los siguientes productos:

UnitedHealthcare Select

UnitedHealthcare Select Plus

United HealthCare Insurance Company of Illinois ofrece (sólo para empleadores de Illinois):

UnitedHealthcare Open Access

Tanto United HealthCare Insurance Company of Illinois

(sólo para empleadores de Illinois) como United HealthCare Insurance Company ofrecen:

UnitedHealthcare Choice Plus

UnitedHealthcare Select Plus

UnitedHealthcare Options PPO

UnitedHealthcare Options PPO 80/80

UnitedHealthcare Managed Indemnity

UnitedHealthcare Overture

[UnitedHealthcare Rhapsody]

UnitedHealthcare Dental Managed Indemnity

UnitedHealthcare Dental Options PPO

Dental Benefits Providers, Inc. y sus filiales ofrecen UnitedHealthcare Dental Select DHMO