



Formulario de Inscripción del Empleado – Texas/ Employee Enrollment Form – Texas

UnitedHealthcare Insurance Company
UnitedHealthcare of Texas, Inc.
National Pacific Dental, Inc.

Aviso para las Pequeñas Empresas/Notice for Small Employers:

Usted tiene la posibilidad de elegir este plan de atención de la salud de Beneficios Consumer Choice de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que no brinda, total o parcialmente, los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en los comprobantes de cobertura de Texas. Es posible que este plan de beneficios de salud estándar le ofrezca un plan de salud de costo más razonable para usted pero que, a su vez, le brinde menos beneficios de plan de salud de los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Si elige este plan de beneficios de salud estándar, consulte a su agente de seguros para saber qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos en este comprobante de cobertura./You have the option to choose this Consumer Choice of Benefits Health Maintenance Organization health care plan that, either in whole or in part, does not provide statemandated health benefits normally required in evidences of coverage in Texas. This standard health benefit plan may provide a more affordable health plan for you although, at the same time, it may provide you with fewer health plan benefits than those normally included as state-mandated health benefits in Texas. If you choose this standard health benefit plan, please consult with your insurance agent to discover which state-mandated health benefits are excluded in this evidence of coverage.

Para agilizar el proceso de inscripción, sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan./To speed the enrollment process, please be thorough and fill out all sections that apply.

La Empresa Debe Llenar esta Sección/ To Be Completed by Employer		Fecha de Vigencia Solicitada de la Cobertura/Fecha de Cambio/ Requested Effective Date of Coverage/Date of Change / /
Nombre del Grupo/Group Name		Número de Póliza/Policy Number
Fecha de Contratación/Date of Hire / /	Razón de la Solicitud/Reason for Application <input type="checkbox"/> Nuevo Plan de Grupo/New Group Plan <input type="checkbox"/> Nueva Contratación/New Hire <input type="checkbox"/> Evento de Vida/Fecha/Life Event/Date _____ <input type="checkbox"/> Inscripciones Abiertas Anuales/ Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Cambio de Situación/Status Change _____ <input type="checkbox"/> Agregar/Eliminar Dependiente/Dependent Add/ Delete <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre/Dirección/Change Name/ Address <input type="checkbox"/> Persona Inscrita/Late Enrollee <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial a Tiempo Completo/ Part time to Full time <input type="checkbox"/> Renuncia a la Cobertura/Waiving Coverage <input type="checkbox"/> Despido/Termination <input type="checkbox"/> Otra/Other _____	Tipo de Empleado/Employee Type (Marque todo lo que corresponda)/ (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> Continuación del Estado/ COBRA State Continuation Fecha de inicio/Start dt ___/___/___ Fecha de finalización/End dt ___/___/___ <input type="checkbox"/> Por Hora/Hourly* <input type="checkbox"/> Asalariado/Salary* <input type="checkbox"/> Sindicado/Union* <input type="checkbox"/> No Sindicado/Non-Union* <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Otro/Other _____ *No corresponde a los beneficios de salud/ *Does not apply to health benefits
Puesto/Cargo/Position/Title		
Horas Trabajadas por semana/ Hours Worked per week		
Sueldo/Salary \$ _____ 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		

Nombre del Empleado/Employee Name _____

**A. Información sobre el Empleado/
Employee Information**

**Si renuncia a toda la cobertura, llene las secciones A y B./
If you are waiving all coverage, please complete sections A and B.**

Apellido/Last Name		Nombre/First Name		Inicial del 2.º Nombre/MI	Número de Seguro Social/Número de Seguro Social/Social Security Number	
Dirección/Address		N.º de Apartamento/ Apt #	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/ Zip Code	Teléfono Residencial/Celular/ Home/Cell Phone
Fecha de Nacimiento/ Date of Birth	Sexo/Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Viudo/Widowed				Teléfono del Trabajo/ Work Phone
/ /		Idioma de Preferencia, si no es inglés/Language Preference, if not English				

Dirección de Correo Electrónico/Email Address	¿Consume tabaco?¹/Do you use tobacco?¹ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

¿Tiene una discapacidad que afecta su capacidad de comunicarse o leer?/Do you have a disability affecting your ability to communicate or read?
 Sí/Yes No

**Médico de Atención Primaria², Obstetra o Ginecólogo/
Primary Care Physician², Obstetrician or Gynecologist**
Nombre y Apellido del Médico/Physician First & Last Name

Dentista de Atención Primaria³/Primary Care Dentist³
Nombre y Apellido del Dentista/
Dentist First & Last Name

Dirección/Address _____
N.º de Identificación/ID# _____
_____ - _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

No se requiere que las afiliadas de HMO elijan un obstetra o ginecólogo. Puede recibir atención obstétrica o ginecológica de su médico de atención primaria, proveedor de atención primaria o un obstetra o ginecólogo./HMO female enrollees are not required to select an obstetrician or gynecologist. Obstetrical or gynecological care can be received from her primary care physician, primary care provider or an obstetrician or gynecologist.

**B. 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./ 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.

Fecha/Date	Firma del Empleado si renuncia a la cobertura/Employee Signature if waiving all coverage
------------	--

Nombre del Empleado/Employee Name _____

C. Información sobre la Familia/ Family Information **Indique Todas las Personas que Se Inscriben (Adjunte más hojas si es necesario)/ List All Enrolling (Attach sheet if necessary)**

Parentesco ⁴ / Relationship ⁴	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth / /
Cónyuge/ Pareja de Unión Libre/ Spouse / Domestic Partner	Número de Seguro Social/Social Security Number	¿Consume tabaco? ¹ /Do you use tobacco? ¹ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			

**Médico de Atención Primaria², Obstetra o Ginecólogo/
Primary Care Physician², Obstetrician or Gynecologist**
Nombre y Apellido del Médico/Physician First & Last Name

Dirección/Address _____
N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Dentista de Atención Primaria³/Primary Care Dentist³
Nombre y Apellido del Dentista/Dentist First & Last Name

N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No
Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad⁵/
Permanently disabled and age 26 or older⁵ Sí/Yes No

Parentesco ⁴ / Relationship ⁴	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth / /
Dependiente/ Dependent	Número de Seguro Social/Social Security Number	¿Consume tabaco? ¹ /Do you use tobacco? ¹ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			

**Médico de Atención Primaria², Obstetra o Ginecólogo/
Primary Care Physician², Obstetrician or Gynecologist**
Nombre y Apellido del Médico/Physician First & Last Name

Dirección/Address _____
N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Dentista de Atención Primaria³/Primary Care Dentist³
Nombre y Apellido del Dentista/Dentist First & Last Name

N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No
Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad⁵/
Permanently disabled and age 26 or older⁵ Sí/Yes No

Parentesco ⁴ / Relationship ⁴	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth / /
Dependiente/ Dependent	Número de Seguro Social/Social Security Number	¿Consume tabaco? ¹ /Do you use tobacco? ¹ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			

**Médico de Atención Primaria², Obstetra o Ginecólogo/
Primary Care Physician², Obstetrician or Gynecologist**
Nombre y Apellido del Médico/Physician First & Last Name

Dirección/Address _____
N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Dentista de Atención Primaria³/Primary Care Dentist³
Nombre y Apellido del Dentista/Dentist First & Last Name

N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No
Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad⁵/
Permanently disabled and age 26 or older⁵ Sí/Yes No

Nombre del Empleado/Employee Name _____

**C. Información sobre la Familia(continuación)/
Family Information (continued)**

Parentesco ⁴ / Relationship ⁴	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth / /
Dependiente/ Dependent	Número de Seguro Social/Social Security Number — —	¿Consumo tabaco? ¹ /Do you use tobacco? ¹ <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿participa actualmente en un programa para dejar el tabaco o tiene pensado inscribirse en uno?/If yes, are you currently participating in a tobacco cessation program or do you intend to join one? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			

**Médico de Atención Primaria², Obstetra o Ginecólogo/
Primary Care Physician², Obstetrician or Gynecologist**
Nombre y Apellido del Médico/Physician First & Last Name _____
Dirección/Address _____
N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No

Dentista de Atención Primaria³/Primary Care Dentist³
Nombre y Apellido del Dentista/Dentist First & Last Name _____
N.º de Identificación/ID# _____
¿Paciente Actual?/Existing Patient? Sí/Yes No
Con discapacidad permanente y mayor de 26 años de edad⁵/
Permanently disabled and age 26 or older⁵ Sí/Yes No

(1) Tabaco significa todos los productos derivados del tabaco, que incluyen, pero no se limitan a, cigarrillos, cigarros y tabaco para mascar. Sólo debe marcar la casilla "sí" de arriba si la persona consumió tabaco cuatro veces o más por semana en promedio (sin incluir el consumo en ceremonias o rituales religiosos) dentro de los últimos 6 meses y si es mayor de edad para comprar tabaco legalmente en su estado de residencia. (2) Para UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus y otros productos en los que se exija elegir un Médico de Atención Primaria, debe usar el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos. (3) Consulte con el representante de su empresa ya que algunos planes dentales exigen que se elija un Dentista de Atención Primaria. (4) En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Si un dependiente no vive con el empleado elegible, proporcione la dirección en una hoja aparte. (5) Si respondió "Sí" en Discapacitado y el hijo dependiente es mayor de 26 años de edad, 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. / (1) Tobacco means all tobacco products, including, but not limited to, cigarettes, cigars, and chewing tobacco. You should only check the "yes" box above if tobacco was used four or more times per week on average (excluding religious or ceremonial use) within the past 6 months by someone of legal age to purchase tobacco in the state of residence. (2) For UnitedHealthcare Compass, Navigate, Select, Select Plus, and other products requiring you to choose a Primary Care Physician (PCP), you must use the UnitedHealthcare directory of providers to choose a PCP for yourself and each of your covered dependents. (3) Please see employer representative as some dental plans require a Primary Care Dentist (PCD) selection. (4) For court ordered dependent, legal documentation must be attached. If a dependent does not reside with eligible employee, please provide address on a separate sheet. (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.

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

Marque la casilla de cada cobertura en la que usted o sus dependientes se inscriban./Please check the box for each coverage in which you or your dependents are enrolling.
Si la 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 Suplementario de Vida, 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./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	Cobertura Médica/ Medical	Dental	Vista/Vision	Seguro Básico de Vida/AD&D/ Basic Life/AD&D	Seguro Sup. de Vida/AD&D/ 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	LTD			
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida (si solicita el Seguro de Vida de UnitedHealthcare)/
Life Insurance Beneficiary Full Name and Address (if applying for Life Insurance with UnitedHealthcare)

Primario/Primary	Parentesco/Relationship
Secundario/Secondary	

Nombre del Empleado/Employee Name _____

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

En los últimos 12 meses, ¿usted, su Cónyuge/Pareja de Unión libre o sus dependientes tuvieron alguna otra cobertura médica?/Within the last 12 months, have you, your Spouse/Domestic Partner, or your dependents had any other medical coverage?

NO Sí/YES (si la respuesta es "sí", llene esta sección)/(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) Familiar/Family

F. 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/YES (continúe llenando esta sección)/(continue completing this section) NO (omite el resto de esta sección)/(skip the rest of this section)

Nombre de la otra compañía de seguros/Name of other carrier _____

Información sobre Otra Cobertura Médica de Grupo (sólo indique las personas cubiertas por el otro plan)/Other Group Medical Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo/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:				

*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.

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)**

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/Pareja de Unión Libre/Dependiente/Medicare - Spouse/Domestic Partner/Dependent Name: _____

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)**

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.

G. Firma/Signature

Su inscripción en el plan está expresamente condicionada a su aceptación de todos los términos y condiciones que se incluyen en esta solicitud de inscripción. Si no está de acuerdo con los siguientes términos y condiciones, no puede inscribirse./Your enrollment in the plan is expressly conditioned upon your acceptance of all terms and conditions contained in this enrollment application. If you do not agree to the following terms and conditions, you may not complete your enrollment.

TÉRMINOS Y CONDICIONES/TERMS AND CONDITIONS

Como condición de mi participación y/o la participación de mis dependientes en el plan, y en consideración de los privilegios que provienen de la participación en el plan, por medio del presente documento acepto lo siguiente en mi nombre y/o en el de mis dependientes/As a condition of my and/or my dependents' participation in the plan, and in consideration for the privileges that come from participation in the plan, I hereby agree for myself and/or for my dependents as follows:

Reconozco y entiendo que el plan tiene contratos con médicos y otros proveedores que forman parte de la red del plan. Reconozco que todos los médicos y otros proveedores que participan en la red del plan están sujetos a los requisitos de credencialización conforme a las normas estatales correspondientes y en virtud del proceso de credencialización de la red del plan. Entiendo que dicha credencialización incluye una revisión de la educación, la capacitación y la licencia de los proveedores. Sin embargo, al participar en el plan, por medio del presente documento reconozco y acepto que el plan no es un proveedor de servicios médicos, y soy consciente de que la decisión de obtener o no obtener atención médica representa riesgos significativos, como lesiones graves e incluso la muerte. Reconozco que la credencialización de los médicos y otros proveedores no reduce este riesgo de ninguna manera. Acepto asumir todos los riesgos y eximo de responsabilidad al plan de todas y cada una de las demandas por daños, incluidas aquellas por lesiones personales o muerte, gastos médicos, discapacidad, pérdida de salario y pérdida del poder remunerativo que puedan incurrirse o se relacionen con el tratamiento médico obtenido a través de un médico u otro proveedor participante. Reconozco que todos los médicos y otros proveedores que participan en la red del plan son contratistas independientes y no son empleados ni representantes del plan, y que son los únicos responsables de mala praxis, resultados adversos o cualquier otra demanda que surja a partir del tratamiento médico prestado a mi persona y a mis dependientes. POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO ACEPTO QUE EL PLAN NO ES RESPONSABLE DE NINGÚN CONSEJO, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO NI DE NINGUNA OTRA INFORMACIÓN, SERVICIOS O PRODUCTOS QUE OBTENGA YO O QUE OBTENGAN MIS DEPENDIENTES A TRAVÉS DE UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE LA RED PARTICIPANTE./I recognize and understand that the plan contracts with physicians and other providers that make up the plan network. I recognize that all physicians and other providers that participate in the plan network are subject to credentialing under applicable State regulations and pursuant to the plan's network credentialing process. I understand that such credentialing includes a review of provider education, training and licensure. However, by participating in the plan I hereby acknowledge and accept that the plan is not a provider of medical services, and I am aware that obtaining or not obtaining medical care involves significant risks such as serious injury and even death. I acknowledge that the credentialing of physicians and other providers does not in any way reduce this risk. I agree to assume all risks and responsibility for, and hold the plan harmless from, any and all claims for damages, including personal injury or death, medical expenses, disability, lost wages, and loss of earning capacity which may be incurred or associated with medical treatment obtained through a participating physician or other provider. I recognize that all physicians and other providers that participate in the plan network are independent contractors and not the plan's employees or agents and are solely responsible for any malpractice, adverse outcomes, or any other claims arising from medical treatment rendered to me and my dependents. I HEREBY AGREE THAT THE PLAN IS NOT RESPONSIBLE NOR LIABLE FOR ANY ADVICE, COURSE OF TREATMENT, DIAGNOSIS OR ANY OTHER INFORMATION, SERVICES OR PRODUCTS THAT I OR MY DEPENDENTS OBTAIN THROUGH A PARTICIPATING NETWORK PHYSICIAN OR OTHER PROVIDER.

Reconozco y entiendo que el plan no recomienda, avala ni hace ninguna declaración sobre la aptitud o idoneidad de ninguna prueba, producto, procedimiento, tratamiento, opinión o servicio específico. Reconozco que el plan, los documentos del plan y la información sobre salud y bienestar proporcionada por el plan no pretenden ni implican reemplazar el consejo, diagnóstico o tratamiento médico profesional. Acepto confirmar con otras fuentes cualquier información médica obtenida de parte o a través del plan, y que revisaré con mi médico toda la información relacionada con mi condición o tratamiento médico. POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO ACEPTO NO DESESTIMAR NUNCA EL CONSEJO MÉDICO PROFESIONAL NI DEMORAR LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO MÉDICO DEBIDO A ALGO QUE HAYA LEÍDO O A LO QUE HAYA TENIDO ACCESO A TRAVÉS DEL PLAN./I recognize and understand that the plan does not recommend, endorse or make any representation about the appropriateness or suitability of any specific tests, products, procedures, treatments, services, or opinions. I recognize that the plan, plan documents, and any health and wellness information provided by the plan, are not intended or implied to be a substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment. I agree to confirm any medical information obtained from or through the plan with other sources, and will review all information regarding any medical condition or treatment with my physician. I HEREBY AGREE TO NEVER DISREGARD PROFESSIONAL MEDICAL ADVICE OR DELAY SEEKING MEDICAL TREATMENT BECAUSE OF SOMETHING I HAVE READ OR ACCESSED THROUGH THE PLAN.

G. Firma (continuación)/Signature (continued)

Autorizo a UnitedHealthcare Insurance Company y sus afiliadas (en conjunto, "UnitedHealthcare") 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 podrían 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 atención de la salud y cualquiera de sus afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a UnitedHealthcare y Afiliadas. Entiendo que el fin de la divulgación y del uso de mi información es permitir que UnitedHealthcare facilite la administración adecuada de tratamiento, servicios, pago y beneficios. Además entiendo que la información divulgada no se usará con fines de elegibilidad, inscripción, suscripción ni clasificación de riesgo de la prima. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare, 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 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), UnitedHealthcare también requiere que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Entiendo que la información usada u obtenida por una persona o entidad que cuente con mi autorización para ello se podría volver a divulgar y en tal caso, puede que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Esta autorización, a menos que se revoque antes, vence 30 meses después de la fecha en que se firme./I authorize UnitedHealthcare Insurance Company and its affiliates (collectively, "UnitedHealthcare") 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 UnitedHealthcare and Affiliates. I understand that the purpose of the disclosure and use of my information is to allow UnitedHealthcare to facilitate the appropriate management of treatment, services, payment and benefits. I further understand that the information disclosed will not be used for purposes of eligibility, enrollment, underwriting and premium risk rating. I understand this authorization is voluntary and I may refuse to sign the authorization. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying my UnitedHealthcare representative in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. As required by HIPAA, UnitedHealthcare also requires 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.

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. Autorizo que se deduzca de mis ingresos cualquier contribución necesaria para la prima. Yo (Nosotros) no le he (no le hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información requerida que no esté incluida en la solicitud. 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./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. I authorize any required premium contributions to be deducted from my earnings. I (we) have not given the agent or any other persons any required information not included on the application. 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.

Tenga en cuenta que si, a sabiendas o intencionalmente, omite información o hace una declaración falsa de un hecho importante en este formulario, es posible que la ley nos permita tomar una o más de las siguientes medidas: cancelar o no renovar su cobertura o cambiar su prima retroactivamente a la fecha en que la póliza entró en vigencia./Please note that if you knowingly or intentionally leave out information or make a misrepresentation of a material fact on this form we may be allowed by law to take one or more of the following actions: terminate or non-renew your coverage or change your premium retroactively to the date your policy became effective.

Conserve una copia de esta autorización como constancia./ Please maintain a copy of this authorization for your records.

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)
------------	---	---

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas"/Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":

Cobertura médica proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company (PPO, indemnización) o UnitedHealthcare of Texas, Inc. (HMO)/Medical coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company (PPO, indemnity) or UnitedHealthcare of Texas, Inc. (HMO)

Cobertura dental proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company (indemnización) o National Pacific Dental, Inc. (HMO)/Dental coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company (indemnity) or National Pacific Dental, Inc. (HMO)

Cobertura de Seguro de Vida, por Discapacidad a Corto Plazo (STD) y por Discapacidad a Largo Plazo (LTD) proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company/Life, Short-Term Disability (STD), Long-Term Disability (LTD) Insurance coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company

Cobertura de la vista proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company/Vision coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company

Nombre del Empleado/Employee Name _____

Declaración de Divulgación Obligatoria de Texas/Texas Mandatory Disclosure Statement:

Los beneficios de indemnización Dental son proporcionados por UnitedHealthcare Insurance Company y los beneficios Dentales HMO (DHMO) son ofrecidos a través de National Pacific Dental, Inc. Para poder recibir beneficios del plan DHMO, un afiliado debe utilizar únicamente los proveedores de la red, excepto para recibir cuidado dental de emergencia, y pagar los copagos especificados en el comprobante de cobertura. Para recibir beneficios en el plan de indemnización dental, el afiliado puede utilizar cualquier proveedor pero antes de recibir un reembolso, el afiliado debe cumplir con el deducible requerido y es responsable del coaseguro especificado en la póliza o el certificado./Dental indemnity benefits are provided through UnitedHealthcare Insurance Company and Dental HMO (DHMO) benefits are offered through National Pacific Dental, Inc. In order to receive benefits from the DHMO plan, an enrollee must utilize only network providers, except for emergency dental care, and pay the copayments specified in the evidence of coverage. To receive benefits under the dental indemnity plan, the enrollee may utilize any provider but prior to receiving reimbursement, the enrollee must meet the required deductible and is responsible for the coinsurance amount specified in the policy or certificate.

H. Información del Censo (opcional)/Census Information (optional)

NOTA/NOTE: 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./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
 - Indoamericano/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native
 - Asiático/Asian
 - Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander
 - Otra Raza, especifique/Other Race, please specify _____

2. ¿Es usted de origen hispano o latino?/Are you of Hispanic or Latino origin? Sí/Yes No