Formulario de Inscripción/Cambio/ Enrollment/Change Form

Seguro de Cuidado de la Vista y Seguro Dental de Grupo proporcionado por/
Group Dental Insurance and Vision Care Insurance provided by:

UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY
185 Asylum St.
Hartford, CT 06103-3408

UnitedHealthcare®

EL EMPLEADOR DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN/ TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

Nombre del empleador/Employer Name:		Número de póliza/Policy Number:
Autorización del empleador/ Employer Authorization:	Fecha de contratación/Date of Hire: _____	Clase/Class:
	Variación de plan/Código de presentación de solicitud/Plan Variation/Reporting Code:	Plan:
Fecha de vigencia solicitada de la cobertura/Fecha de cambio/ Requested Effective Date of Coverage / Date of Change: _____		☐ Inscribir/Enroll ☐ Cancelar/Cancel ☐ Cambiar/Change

Razón: (Marque las casillas que correspondan)/ Reason: (Check the Appropriate Boxes)

- ☐ Nuevo plan de grupo/ New Group Plan
- ☐ Cambio de nombre/ Name Change
- ☐ Divorcio/Divorce
- ☐ Adopción/Custodia legal/ Adoption/Legal Custody
- ☐ Otra/Other:
- ☐ Nueva contratación/New Hire
- ☐ Despido del empleado/ Employee Terminated
- ☐ Disolución de unión civil/ Dissolution Of Civil Union
- ☐ Dependiente ordenado por un tribunal/Court Ordered Dependent
- ☐ Inscripción abierta anual/Annual Open Enrollment
- ☐ Cambio de dirección/Address Change
- ☐ Matrimonio/Marriage
- ☐ Unión civil*/Civil Union*
- ☐ Fallecimiento/Death
- ☐ Nacimiento/Birth
- ☐ COBRA/Continuación de parte del estado/ State Continuation
  Fecha de inicio/Start Date ___/___/___
  Fecha de finalización/End Date ___/___/___

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/ EMPLOYEE INFORMATION

N.º del Seguro Social/SS# ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	N.º de ID asignado por el empleador/ Employer Assigned ID#		Fecha de nacimiento/Date of Birth:
Apellido/Last Name:	Nombre/First Name:		Inicial del 2.º nombre/Middle Initial:
Dirección/Address:	Ciudad/City:	Estado/State:	Código postal/Zip Code:
Teléfono residencial/Home Phone:	Teléfono laboral/Work Phone:	Dirección de correo electrónico/Email Address:	Salario anual/ Annual Salary:

Sexo/Sex: ☐ Masculino/Male ☐ Femenino/Female

Estado civil/Marital Status: ☐ Soltero/Single ☐ Casado/Married ☐ Pareja de unión libre */Domestic Partner * ☐ Pareja de unión civil*/Party to Civil Union*

Número de horas trabajadas por semana/Number of hours worked per week: _____

Tipo de empleado (marque todo lo que corresponda)/Employee Type (Check all that apply): ☐ Activo/Active ☐ Por hora/Hourly ☐ Asalariado/Salary ☐ Sindicado/Union ☐ No sindicado/Non-union ☐ Jubilado/Retired ☐ Otro/Other

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA/ FAMILY INFORMATION	**Dependientes que desea inscribir, cancelar, cambiar: (Adjunte una hoja adicional si es necesario)/Dependents to be enrolled, cancelled, changed: (Attach additional sheet if necessary)**				
Marque la casilla que corresponda/ Check Appropriate Box	Nombre/ First Name — Inicial del 2.º nombre/MI — Apellido/Last Name (si es diferente/if different) Número del Seguro Social o ID asignada del dependiente/ Dependent Social Security Number or Assigned ID	Fecha de nacimiento/ Date of Birth	Sexo/ Sex	Relación**/ Relationship**	Incapacitado***/ Incapacitated***
☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cambiar/ Change ☐ Cancelar/ Cancel	N.º del Seguro Social/SS# ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	____/____/_____	☐ M ☐ F	☐ Cónyuge/Spouse ☐ Pareja de unión libre*/Domestic Partner* ☐ Unión civil*/ Civil Union*	No corresponde/ Not Applicable
☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cambiar/ Change ☐ Cancelar/ Cancel	N.º del Seguro Social/SS# ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	____/____/_____	☐ M ☐ F	Dependiente/ Dependent	☐ Sí/Yes ☐ No
☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cambiar/ Change ☐ Cancelar/ Cancel	N.º del Seguro Social/SS# ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	____/____/_____	☐ M ☐ F	Dependiente/ Dependent	☐ Sí/Yes ☐ No
☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cambiar/ Change ☐ Cancelar/ Cancel	N.º del Seguro Social/SS# ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	____/____/_____	☐ M ☐ F	Dependiente/ Dependent	☐ Sí/Yes ☐ No
☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cambiar/ Change ☐ Cancelar/ Cancel	N.º del Seguro Social/SS# ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	____/____/_____	☐ M ☐ F	Dependiente/ Dependent	☐ Sí/Yes ☐ No
☐ Inscribir/ Enroll ☐ Cambiar/ Change ☐ Cancelar/ Cancel	N.º del Seguro Social/SS# ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	____/____/_____	☐ M ☐ F	Dependiente/ Dependent	☐ Sí/Yes ☐ No

*La ley estatal o su empleador determinan la cobertura de pareja de unión libre o unión civil. Para obtener la confirmación, comuníquese con su empleador./ *Domestic Partner or Civil Union coverage is determined by state law or as determined by your employer. Please contact your employer for confirmation.

** En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Para obtener más información sobre los requisitos para el estatus de estudiante a tiempo completo, consulte a un representante del empleador. Si los dependientes no viven con el miembro, indique la dirección en una hoja aparte./** For court ordered Dependent(s), legal documentation must be attached. Please see an Employer representative for more information about the qualifications for full-time student status. If Dependent(s) does not reside with enrollee, please provide address on separate sheet.

*** El dependiente es soltero, depende económicamente del suscriptor/de la persona cubierta y tiene una discapacidad mental o física. Si respondió “Sí” en Incapacitado, adjunte el certificado médico de discapacidad./*** Dependent is unmarried, financially dependent upon subscriber/covered person and is mentally or physically disabled. If answered “Yes” for Incapacitated, please attach medical certification of disability.

ELECCIONES DE BENEFICIOS/ BENEFIT ELECTIONS		
Persona/Person	**Seguro Dental/Dental**	**Seguro de la Vista/Vision**
Empleado/Employee	☐ _____	☐ _____
Cónyuge (o pareja de unión libre)/ Spouse (or Domestic Partner)	☐	☐
Dependiente/Dependent	☐	☐
	☐ Renuncia (si corresponde)/ Waive (if applicable)	☐ Renuncia (si corresponde)/Waive (if applicable)

AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN/ AUTHORIZATION AND ACKNOWLEDGEMENT	**El formulario debe estar firmado/Form must be signed**

Por medio del presente documento, afirmo que todas las declaraciones realizadas anteriormente son, a mi leal saber y entender, verdaderas y completas, y que constituyen la base sobre la que se puede emitir el seguro solicitado por mí./I hereby declare that all the statements made above are, to the best of my knowledge and belief, true and complete and that they are the basis on which insurance requested by me may be issued.

Si he elegido un producto dental o de la vista, entiendo que el plan de beneficios de servicios dentales o para la vista que he elegido proporciona el reembolso de ciertos costos dentales o de la vista que se describen con más detalle en los Certificados de Cobertura actuales. Entiendo que pueden existir ocasiones en que las decisiones de tratamiento tomadas por mi dentista, por mi proveedor o por mí, o los gastos dentales o de la vista en los que yo haya incurrido no estén cubiertos por mi plan de beneficios de servicios dentales o para la vista. Los Certificados proporcionan únicamente beneficios de servicios para la vista o dentales. Lea sus Certificados atentamente./If Dental and/or Vision product has been elected, I understand that the Dental and/or Vision benefit plan I have selected provides reimbursement for certain Dental and/or Vision costs which are more fully described in the current Certificates of Coverage. I understand there may be instances where treatment decisions made by my Dentist, provider or me for Dental and/or Vision expenses which I have incurred may not be covered by my Dental and/or Vision benefit plan. The Certificates provide Dental and/or Vision benefits only. Review your Certificates carefully.

Todas las declaraciones realizadas por mí son afirmaciones y no garantías. Ninguna declaración realizada por mí se usará para impugnar el seguro que proporciona la póliza, a menos que se incluya en una declaración por escrito firmada por mí; y que mi beneficiario o yo recibamos una copia de dicha declaración./All statements made by me are: representations; and, not warranties. No statement made by me will be used to: contest the insurance provided by the Policy, unless, it is contained in a written statement signed by me; and, a copy of the statement is furnished to me or my beneficiary.

Entiendo que, al firmar este formulario, estoy autorizando las deducciones salariales necesarias para la prima de las coberturas que he elegido. Reconozco que he leído los Avisos de Advertencia de Fraude correspondientes que se proporcionan a continuación./I understand that by signing this form I am authorizing the necessary premium deductions from my salary or wages for the coverage(s) I have selected. I acknowledge that I have read the applicable Fraud Warning Notices provided below.

Firma del empleado/miembro/Employee/Enrollee Signature:	Fecha/Date:

AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE/ FRAUD WARNING NOTICES	Lea el aviso que corresponda a su estado./Please review the notice that applies in your state.

Para residentes de Alabama/For residents of Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a una indemnización, multas o reclusión en prisión, o una combinación de estas./Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

Para residentes de California/For residents of California: UnitedHealthcare puede cancelar su cobertura o denegar cualquier reclamo conforme a la póliza si se determina que usted: a sabiendas y con la intención de engañar, presentó información falsa en esta solicitud; y UnitedHealthcare se basó en dicha declaración para aprobar su cobertura conforme a la póliza./UnitedHealthcare may terminate your coverage and/or deny any claim under the policy if it is determined that you: knowingly, and with actual intent to deceive, presented false information in this application; and such statement was the basis for UnitedHealthcare's approval of your coverage under the policy.

Para residentes de Colorado/For residents of Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o al reclamante con el propósito de estafarle o intentar estafarle con respecto a una satisfacción de deuda o indemnización pagadera con los beneficios de un seguro, será denunciado ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras./It is unlawful to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds, shall be reported to the Colorado division of insurance within the Department of Regulatory Agencies.

Para residentes de Connecticut/For residents of Connecticut: Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro o contrato de pago en vida de una póliza de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión./Any person who knowingly presents false information in an application for insurance or life settlement contract is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Para residentes de District of Columbia/For residents of District of Columbia: ADVERTENCIA/WARNING: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía de seguros o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con un reclamo./It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

Para residentes de Florida/For residents of Florida: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una solicitud o una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado./Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

Para residentes de Hawaii/For residents of Hawaii: Para su protección, la ley de Hawaii exige que se le informe que la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio constituye un delito punible con multas o encarcelamiento, o ambas cosas./For your protection, Hawaii law requires you to be informed that presenting a fraudulent claim for payment of a loss or benefit is a crime punishable by fines or imprisonment, or both.

Para residentes de Kansas/For residents of Kansas: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una solicitud o una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de fraude según lo determine un tribunal./Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information may be guilty of fraud as determined by a court of law.

Para residentes de Kentucky/For residents of Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho importante de dicha solicitud comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito./Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

Para residentes de Maine/For residents of Maine: Constituye un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro./It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines, or a denial of insurance benefits.

Para residentes de Maryland/For residents of Maryland: Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión./Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Para residentes de New Jersey/For residents of New Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales./Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.

Para residentes de New Mexico/For residents of New Mexico: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales./Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance, is guilty of a crime and may be subject to civil fines and criminal penalties.

Para residentes de New York/For residents of New York: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho importante de dicha solicitud o declaración comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y dicha persona también estará sujeta a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor indicado del reclamo por cada infracción de esa índole./Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

Para residentes de Ohio/For residents of Ohio: Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro./Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

Para residentes de Oklahoma/For residents of Oklahoma: ADVERTENCIA/WARNING: Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente algún reclamo para obtener los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave./Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

Para residentes de Oregon/For residents of Oregon: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito y estar sujeta a multas y reclusión en prisión./Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance may be guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Para residentes de Pennsylvania/For residents of Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho importante de dicha solicitud o declaración comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y dicha persona está sujeta a sanciones civiles y penales./Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

Para residentes de Vermont/For residents of Vermont: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una solicitud o una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito./Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing false, incomplete, or misleading information may be guilty of a crime.

AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE (cont.)/ FRAUD WARNING NOTICES (cont.)	Lea el aviso que corresponda a su estado./Please review the notice that applies in your state.

Para residentes de Virginia/For residents of Virginia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente algún reclamo por los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede haber infringido la ley estatal./Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing false, incomplete, or misleading information may have violated state law.

Para residentes de Tennessee y Washington/For residents of Tennessee and Washington: Constituye un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro./It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

Para residentes de todos los demás estados/For residents of all other states: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión./Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.