



HEALTH PLAN OF NEVADA

A UnitedHealthcare Company



SIERRA HEALTH AND LIFE

A UnitedHealthcare Company



UnitedHealthcare®

**Formulario de Inscripción y Cambio para el Empleado**

Fecha de vigencia:	N.º de grupo	N.º de subgrupo	Código de depto.	N.º de Miembro
<b>Nombre de la empresa</b>				
Tipo de empleado: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Sindicado <input type="checkbox"/> No Sindicado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> 1099 (51+ Empleados) <input type="checkbox"/> Otro:				
<b>Marque lo que corresponda:</b> <input type="checkbox"/> Inscripciones Abiertas <input type="checkbox"/> Nueva Contratación <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> COBRA				
<input type="checkbox"/> Nueva solicitud	<input type="checkbox"/> Cambio de dirección		Evento de la Vida que Califica <sup>1</sup> :	
<input type="checkbox"/> Agregar dependiente Fecha del evento:	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre			
<input type="checkbox"/> Eliminar dependiente Fecha de cancelación:	<input type="checkbox"/> Cambio de proveedor			
<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura Fecha de cancelación:	<input type="checkbox"/> Otro:		Fecha del Evento que Califica:	
<input type="checkbox"/> Voluntaria <input type="checkbox"/> Involuntaria			COBRA: Fecha de inicio: Fecha de finalización:	

**Llene todas las secciones en letra de imprenta clara**

<b>A. Información sobre el empleado</b>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Consumo de tabaco <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Apellido	Nombre	Inic. 2.º Nombre	Cargo
Dirección principal (calle; no casilla de correo)		N.º de Apto.	Ciudad, Estado
Dirección de correspondencia (si es diferente de la anterior)		N.º de Apto.	Ciudad, Estado
Teléfono residencial/ Celular - -	Dirección de correo electrónico		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) / /
N.º del Seguro Social (requerido) - -	N.º de ID de Nevada válido	Fecha de contratación <sup>3</sup> (MM/DD/AA) / /	Horas trabajadas por semana:

**B. Elección del plan de cobertura****SELECCIONE SU PLAN LLENANDO LA CASILLA CORRESPONDIENTE A CONTINUACIÓN.**

- Los planes de beneficios ofrecidos dependen de la selección de la Empresa para la cual trabaja.
- Sólo Planes de HPN:** 1) Para seleccionar un Proveedor de Atención Primaria del Directorio de Proveedores de HPN para usted y cada uno de los Miembros de su Familia Elegibles, escriba el nombre y el número de proveedor correspondiente de su Proveedor de Atención Primaria. Puede elegir un Médico de Atención Primaria diferente para cada miembro de su familia. 2) No es obligatorio elegir un Proveedor de Atención Primaria para los Planes de SHL.

Nombre del Plan Médico HPN HMO/POS	Nombre del Plan Médico SHL	Nombre del Plan Dental	Nombre del Plan de la Vista
Nombre del proveedor de atención primaria:			
N.º del proveedor de atención primaria:			
Obstetra/Ginecólogo:			
Seguro Básico de Vida y por AD&D del Empleado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Complementario de Vida y por AD&D del Empleado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seguro Básico de Vida y por AD&D de Dependientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Complementario de Vida y por AD&D de Dependientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre completo y dirección del beneficiario del seguro de vida		Relación con el empleado	

<sup>1</sup>Se debe adjuntar la documentación obligatoria. <sup>2</sup>¿Consumió tabaco regularmente en los últimos seis meses (cuatro veces por semana o más en promedio, sin incluir el consumo en ceremonias o rituales religiosos)? <sup>3</sup>Si se reclasifica la situación del empleado a tiempo completo, indique la fecha de empleo a tiempo completo.



## Formulario de Inscripción y Cambio para el Empleado

### C. Renuncia a la cobertura

- Complete y firme si renuncia a la cobertura que su Empresa le ofrece a usted o a sus Dependientes Elegibles.

Renuncio a la cobertura para:  Mí  Cónyuge/Pareja de Unión Libre  Hijo(s)  Mí y todos los Miembros de mi Familia Elegibles

Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento.

Renuncio (Renunciamos) a la cobertura debido a que tengo (tenemos) otra cobertura médica. \*NOTA: La siguiente información sobre la compañía de seguros actual y el número de póliza es obligatoria.

Medicare/Medicaid  VA/Tri-Care  Plan Individual  COBRA  Plan de la Empresa del Cónyuge/Pareja de Unión Libre

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ N.º de Póliza: \_\_\_\_\_

Entiendo (Entendemos) que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré (podremos) participar a menos que tenga (tengamos) un Evento de la Vida que Califica o hasta el próximo Período de Inscripciones Abiertas.

Firma del empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### D. Cobertura para dependientes

- Indique los Miembros de la Familia Elegibles que se inscribirán. Si es necesario, puede adjuntar otras hojas.
- Si renuncia a alguna cobertura médica ofrecida a usted, su cónyuge o pareja de unión libre, o los Miembros de su Familia Elegibles, **debe** llenar la Sección C de Renuncia a la Cobertura.
- Si cancela la cobertura de Miembros de su Familia Elegibles, indique solo los miembros a quienes les cancela la cobertura. Si es necesario, puede adjuntar otras hojas.

Información del miembro				Código del proveedor de HPN <sup>4</sup>		Inscripción en
Cónyuge/Pareja U. L.	Apellido	Nombre	Inic. 2.º Nombre	Fecha de nacimiento	Proveedor de Atención Primaria	Obstetra/ Ginecólogo (si corresponde)
	N.º del Seguro Social (requerido)	N.º de ID de Nevada válido		Sexo		
	Dirección de correo electrónico		Consumo de tabaco <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 1	Apellido	Nombre	Inic. 2.º Nombre	Fecha de nacimiento	Proveedor de Atención Primaria	Obstetra/ Ginecólogo (si corresponde)
	N.º del Seguro Social (requerido)	N.º de ID de Nevada válido		Sexo		
	Dirección de correo electrónico		Consumo de tabaco <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 2	Apellido	Nombre	Inic. 2.º Nombre	Fecha de nacimiento	Proveedor de Atención Primaria	Obstetra/ Ginecólogo (si corresponde)
	N.º del Seguro Social (requerido)	N.º de ID de Nevada válido		Sexo		
	Dirección de correo electrónico		Consumo de tabaco <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

<sup>4</sup>Consulte el Directorio de Proveedores de Atención Primaria de HPN. Ingrese el número junto al Proveedor que elija como proveedor de atención primaria. Selección de proveedor de atención primaria: Planes HPN HMO y POS = obligatorio; Planes SHL = no obligatorio. Las mujeres pueden elegir un proveedor de atención primaria para recibir atención médica y un obstetra/ginecólogo.



## Formulario de Inscripción y Cambio para el Empleado

<b>Hijo 3</b>	Apellido _____ Nombre _____ Inic. 2.º Nombre _____		Fecha de nacimiento _____	Proveedor de Atención Primaria _____	Obstetra/ Ginecólogo (si corresponde) _____	Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la Vista <input type="checkbox"/> Cancelación <input type="checkbox"/>
	N.º del Seguro Social (requerido) _____ N.º de ID de Nevada válido _____		Sexo _____			
	Dirección de correo electrónico _____ Consumo de tabaco <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
<b>Hijo 4</b>	Apellido _____ Nombre _____ Inic. 2.º Nombre _____		Fecha de nacimiento _____	Proveedor de Atención Primaria _____	Obstetra/ Ginecólogo (si corresponde) _____	Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la Vista <input type="checkbox"/> Cancelación <input type="checkbox"/>
	N.º del Seguro Social (requerido) _____ N.º de ID de Nevada válido _____		Sexo _____			
	Dirección de correo electrónico _____ Consumo de tabaco <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
<b>Hijo 5</b>	Apellido _____ Nombre _____ Inic. 2.º Nombre _____		Fecha de nacimiento _____	Proveedor de Atención Primaria _____	Obstetra/ Ginecólogo (si corresponde) _____	Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la Vista <input type="checkbox"/> Cancelación <input type="checkbox"/>
	N.º del Seguro Social (requerido) _____ N.º de ID de Nevada válido _____		Sexo _____			
	Dirección de correo electrónico _____ Consumo de tabaco <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Si agrega hojas adicionales, marque  aquí e inserte las hojas antes de presentar este formulario de Inscripción.

<sup>1</sup>Si se reclasifica la situación del empleado a tiempo completo, indique la fecha de empleo a tiempo completo. <sup>2</sup>Se debe adjuntar documentación legal.<sup>3</sup>Los productos DHMO están asegurados por Nevada Pacific Dental.



## Formulario de Inscripción y Cambio para el Empleado

### E. Información sobre otra cobertura médica

- Se debe llenar la Sección E, si corresponde.
- Si es necesario, puede adjuntar otras hojas.

El día que comience esta cobertura, ¿usted, su cónyuge o pareja de unión libre, o alguno de sus dependientes estará cubierto por otra póliza o plan de salud médico o dental, incluido otro plan de HPN o de una Afiliada de UHC, o Medicare?

- Sí (continúe llenando esta sección)      Nombre de la otra compañía de seguros: \_\_\_\_\_
- No (omite esta sección)      N.º de Póliza: \_\_\_\_\_

Información sobre otra cobertura médica de grupo (sólo indique las personas cubiertas por el otro plan)	Tipo (A, B o S)*	Fecha de vigencia	Fecha de finalización	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza de la otra cobertura
Nombre del Cónyuge/Pareja de unión libre				
Nombre del dependiente				
Nombre del dependiente				
Nombre del dependiente				
Nombre del dependiente				

\* Ingrese "A" 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.  
 Ingrese "B" si este dependiente está cubierto tanto por su plan de seguro como por el de su cónyuge o pareja de unión libre (casados).  
 Ingrese "S" si usted es el único progenitor (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.

#### Medicare - Información del Empleado:

Si está inscrito en Medicare, adjunte una copia de su Tarjeta de Identificación de Medicare.

- Inscrito en la Parte A: Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_
- No Elegible para la Parte A       Elegí no inscribirme en la "Parte A"
- Inscrito en la Parte B: Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_
- No Elegible para la Parte B       Elegí no inscribirme en la "Parte B"

Razón de la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65  Enfermedad renal  Discapacitado

#### Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente:

Si está inscrito en Medicare, adjunte una copia de su Tarjeta de Identificación de Medicare.

- Inscrito en la Parte A: Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_
- No Elegible para la Parte A       Elegí no inscribirme en la "Parte A"
- Inscrito en la Parte B: Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_
- No Elegible para la Parte B       Elegí no inscribirme en la "Parte B"

Razón de la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65  Enfermedad renal  Discapacitado

**Formulario de Inscripción y Cambio para el Empleado****Términos y Condiciones: Léalos detenidamente antes de firmar la Sección F.**

Por medio del presente documento, solicito la cobertura de beneficios médicos ofrecida a través de la Empresa para la cual trabajo y asegurada por Health Plan of Nevada ("HPN") o Sierra Health and Life (SHL), Compañías de UnitedHealthcare y productos auxiliares asegurados por HPN, SHL y/o UnitedHealthcare y sus afiliadas ("UHC y Afiliadas") para mí y para los Miembros de mi Familia Elegibles. Acepto y entiendo lo siguiente:

1. Debo acatar el Convenio de Inscripción de Grupo ("Convenio") firmado por la Empresa y UHC y Afiliadas.
2. La Empresa puede deducir de mis ingresos la contribución de empleado requerida para cubrir mi parte de la prima, si la hay.
3. UHC y Afiliadas o una persona designada puede tener acceso y/o hacer uso de mis registros médicos y de los registros médicos de mis Dependientes inscritos, incluidos los registros médicos de salud mental y los registros médicos de tratamiento o prevención del abuso de alcohol y drogas, a efectos de Revisión de Utilización, Control de Calidad, Encuestas, Procesamiento de Reclamos, Auditorías Financieras u otros fines razonablemente relacionados con la realización de tareas administrativas de atención de la salud, pago o tratamiento del Convenio o Plan.
4. Cualquier información incompleta o incorrecta, omisión o declaración falsa sustancial al responder las preguntas de este Formulario de Inscripción puede tener como resultado la denegación de los beneficios y la cancelación de mi membresía o la de los Miembros de mi Familia Elegibles en un Plan de cuidado de la salud de UHC y Afiliadas.
5. La cobertura no comenzará hasta que UHC y Afiliadas acepten este Formulario de Inscripción firmado y reciban y acepten las primas correspondientes. Al aceptar este Formulario de Inscripción y la prima, UHC y Afiliadas deberán acatar las condiciones del Convenio o del Plan, y las Enmiendas a estos.
6. Si me inscribo en un plan médico HMO o POS asegurado por HPN, los Miembros de mi Familia Elegibles y yo debemos vivir o trabajar en el Área de Servicio de HPN (excepto en ciertas circunstancias específicamente negociadas por la Empresa).
7. Los productos DHMO están asegurados o son proporcionados por Nevada Pacific Dental.

**F. Firma**

- El Empleado debe llenar y fechar la Sección F.
- Su firma indica que ha leído, entiende y acepta los términos y condiciones de cobertura que le proporcionó su Empresa. Su firma en el presente documento también indica que acepta las deducciones en nómina (si es necesario) para pagar su parte del costo.

Autorizo a HPN, SHL y/o UHC y Afiliadas a obtener, usar y divulgar mis registros médicos, de reclamos o beneficios, incluida cualquier información de salud individualmente identificable contenida 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 UHC y Afiliadas. Los datos de los registros médicos y la información recibida de Médicos u Hospitales inherentes a la relación Médico-Paciente o la relación Hospital-Paciente se mantendrán confidenciales y, salvo que se usen en relación con requisitos gubernamentales establecidos por la ley o la administración de este Plan, no se podrán divulgar registros a ningún tercero no relacionado sin el consentimiento del Solicitante. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación por escrito a UHC y Afiliadas a la dirección proporcionada, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Además, entiendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no estar protegida por la Regla de Privacidad Federal. Esta autorización, a menos que se revoque antes, es válida durante un período de treinta (30) meses a partir de la fecha de firma de abajo.

Entiendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para los Miembros de mi Familia Elegibles. Autorizo a que se deduzca de mis ingresos cualquier contribución necesaria para la prima. Entiendo (Entendemos) que UHC y Afiliadas no deben acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no se realizan por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Confirmando que entiendo cada una de las preguntas formuladas en este formulario, así como las palabras usadas en dichas preguntas. Reconozco que cualquier omisión o declaración falsa sustancial con respecto a la elegibilidad para la cobertura puede tener como consecuencia la rescisión de mi cobertura. Me recomiendan que conserve una copia de esta autorización como constancia.

\_\_\_\_\_ (Escriba sus iniciales aquí) Entiendo que Nevada exige una autorización específica del solicitante para aceptar un arbitraje. Si no estoy conforme con el resultado de una Revisión Médica Independiente, tendré derecho a solicitar que se someta la disputa al arbitraje obligatorio definitivo ante un árbitro de acuerdo con las reglas de arbitraje comercial que aplica la American Arbitration Association (Asociación Estadounidense de Arbitraje).

\_\_\_\_\_ (Escriba sus iniciales aquí) Acepto recibir todos los avisos o documentos futuros de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life en formato electrónico en el futuro.

<sup>1</sup>Si se reclasifica la situación del empleado a tiempo completo, indique la fecha de empleo a tiempo completo. <sup>2</sup>Se debe adjuntar documentación legal. <sup>3</sup>Los productos DHMO están asegurados por Nevada Pacific Dental.



## Formulario de Inscripción y Cambio para el Empleado

**Configure sus preferencias para la recepción de información. Suscríbase para recibir información por vía electrónica, solicitar documentos en papel o actualizar su información. Visite [myHPNOnline.com](http://myHPNOnline.com) o [mySHLOnline.com](http://mySHLOnline.com) e inicie sesión. Si es la primera vez que usa el sitio, tendrá que crear una cuenta con su identificación de membresía.**

He leído las declaraciones y respuestas anteriores y declaro que son correctas y están completas a mi leal saber y entender.

Firma del empleado (en nombre propio y en el de los Miembros de su Familia Elegibles)	Fecha
Firma de la empresa	Fecha

**ADVERTENCIA:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el fin de estafarlo o intentar estafarlo con respecto a un acuerdo o premio pagadero por el cobro de un seguro, será denunciado ante la División de Seguros de Nevada.