



Unity Health Plans Insurance Corporation
 840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583-1374
 1-800-362-3308; (608)643-2491
 Fax (608)643-2564
unityhealth.com

Solicitud para Personal Options

Por favor complete todo el formulario en TINTA NEGRA

Fecha de entrada en vigor solicitada: ____/____/____ Plan: <input type="checkbox"/> HMO 25/50 <input type="checkbox"/> HMO 500 <input type="checkbox"/> HMO 1000 <input type="checkbox"/> HSA (indique el deducible) _____ <input type="checkbox"/> Otro (indique) _____ Póliza solo para hijos*: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anexo de maternidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anexo de medicamentos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Los anexos de medicamentos y de maternidad no están disponibles con planes que califican para una cuenta HSA.	A rellenar por Unity Group # _____ Coverage Effective Date _____ Medical _____ Date Approved _____ Dental _____ Date Denied _____ Drug _____ Date Closed _____ County Code _____ Underwriter's Initials _____
---	---

Titular de da póliza (padre/madre o tutor legal) – Rellene esta sección ÚNICAMENTE si es una póliza ‘solo para hijos’.

Apellido del padre/madre o tutor legal	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de la Seguridad Social
Dirección postal		Ciudad y estado	Código postal

Información del solicitante -- Debe ser la persona de mayor edad a recibir cobertura, o el hijo mayor para la póliza ‘solo para hijos’.

Apellido del solicitante	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de la Seguridad Social		
Dirección postal		Ciudad y estado	Código postal	Condado	Altura / Peso
<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Teléfono de casa: () _____		
<input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Dependiente fuera de plazo <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil <input type="checkbox"/> Fecha del matrimonio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha del divorcio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otro _____		Cambio en la cobertura <input type="checkbox"/> Añadir a un dependiente Fecha de nacimiento ____/____/____ Fecha de adopción ____/____/____ (adjunte documentación) <input type="checkbox"/> Quitar a un dependiente Nombre _____ Fecha de término de la cobertura ____/____/____		Correo electrónico del solicitante Médico de cabecera ¿Corriente paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Provider Number (A rellenar por Unity):	
Opciones de facturación (seleccione solamente una): (1) Factura directa / Cheque <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (2) Domiciliación bancaria (ACH) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre del banco _____ Cuenta bancaria _____ Número de identificación del banco _____ Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> De ahorros <i>Adjunte un cheque anulado si escoge la opción ACH</i>					

Información del solicitante – Aparte del solicitante listado arriba, incluya a todas las personas que solicitan cobertura.

	Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Nº de la Seguridad Social	Parentesco y Fecha de nacimiento	Altura / Peso	Médico de cabecera / Clínica	¿Corriente paciente?	Provider # (A rellenar por Unity)
01					CÓNYUGE				
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo electrónico del solicitante			Fecha de nacimiento / /				
02								Si / No	
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo electrónico del solicitante			Fecha de nacimiento / /				
03								Si / No	
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo electrónico del solicitante			Fecha de nacimiento / /				
04								Si / No	
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo electrónico del solicitante			Fecha de nacimiento / /				

*Si solicita cobertura para el plan ‘solo para hijos’, por favor incluya el nombre de su hijo menor como Solicitante, y todos los demás niños, si los hubiera, en la sección ‘Información del solicitante’ líneas 02-04.

Información general e información médica

1. ¿Ha estado Vd (o alguno de sus dependientes) asegurado alguna vez con Unity? **Si** **No** En caso afirmativo, escriba el nombre del suscriptor _____ Fechas en que las estuvo asegurado con Unity _____
2. ¿Seguirá Vd (o alguno de sus dependientes) teniendo **otro** seguro a partir de la fecha en que esta póliza de Unity entre en vigor? **Si** **No** En caso afirmativo, rellene lo siguiente:
 Nombre(s) de el/los asegurado(s) _____ Empresa _____
 Compañía de seguros _____ N° de suscriptor _____ N° de grupo _____
 Dirección _____
 ¿Se trata de una póliza familiar? **Si** **No** Fecha de entrada en vigor de la cobertura _____
3. ¿Tuvo Vd (o alguno de sus dependientes) cobertura médica que terminara en los últimos 30 días? **Si** **No**
 ¿Terminará la cobertura en los próximos 30 días? **Si** **No** Si contesta afirmativamente a alguna pregunta, conteste a lo siguiente.
 Compañía _____ N° de teléfono _____ N° de suscriptor _____
 Fecha de entrada en vigor de la cobertura _____ Fecha en que termina la cobertura _____
 Nombres de las personas incluidas en la póliza _____
4. ¿Está Vd, o algún miembro de su familia, inscrito en Medicare? **Si** **No** En caso afirmativo, por favor conteste a las siguientes preguntas e incluya una copia de su tarjeta Medicare.
- | | |
|---|---|
| Nombre _____ | Nombre _____ |
| N° de Medicare _____ | N° de Medicare _____ |
| Fecha entrada en vigor, Parte A _____ Parte B _____ | Fecha entrada en vigor, Parte A _____ Parte B _____ |
| Fecha entrada en vigor, Parte C _____ Parte D _____ | Fecha entrada en vigor, Parte C _____ Parte D _____ |
| ¿Tiene alguna minusvalía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha _____ | ¿Tiene alguna minusvalía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha _____ |
5. ¿Tiene Vd actualmente (o alguno de sus dependientes) alguna minusvalía, o es incapaz de realizar tareas cotidianas? **Si** **No**
 En caso afirmativo; Nombre _____ Tipo de minusvalía _____ Fecha de la minusvalía _____
6. ¿Ha incurrido Vd (o alguno de sus dependientes) en reclamaciones médicas superiores a \$5,000 en los últimos 24 meses? **Si** **No**
 En caso afirmativo; Nombre _____ Motivo _____
7. ¿Ha tenido Vd en los últimos 24 meses (o alguno de sus dependientes) alguna consulta, tratamiento o diagnóstico sobre: cáncer, derrame cerebral, diabetes, afección cardíaca (incluida la hipertensión), enfermedad vascular, salud mental (trastorno mental, de la ansiedad o emocional), enfermedad muscular o sistémica (como la artritis o el lupus), ingesta de alcohol o de drogas, trastorno en el hígado, riñón, pulmón (como el COPD, o el asma) o intestinal, o una afección en el sistema inmunológico? **Si** **No**
(Informe únicamente de los resultados de los análisis autorizados por el FDA. No necesita informarnos de los resultados de pruebas del VIH. No necesita informarnos de los resultados de los análisis realizados en centros de análisis y de asesoramiento, o de los resultados de pruebas caseras.)
En caso afirmativo, por favor dénos más información en una hoja aparte y adjúntela a este formulario.
8. ¿Le ha diagnosticado alguna vez un profesional médico con una enfermedad del sistema inmunológico, SIDA o CRA? **Si** **No**
(No necesita informarnos de los resultados de pruebas del VIH. No necesita informarnos de los resultados de análisis realizados en centros de análisis y de asesoramiento, ni de resultados de pruebas caseras.)
9. Indique todos los medicamentos utilizados por todos los solicitantes en una hoja aparte (y adjúntela a esta solicitud) o indíquelos a continuación: _____
10. ¿Está Vd (o alguno de sus dependientes) embarazada? **Si** **No**
 En caso afirmativo; Nombre (s) _____
 Fecha prevista del parto (s) _____
11. ¿Ha recibido o a planeado recibir Vd. (o cualquiera de los dependientes listados anteriormente) servicios de hospitalización, cirugía o tratamiento, en los últimos 12 meses? **Si** **No**
 En caso afirmativo; Nombre (s) _____
 Motivo de la hospitalización, cirugía o tratamiento: _____

Toda la información suministrada en esta solicitud es, según mi leal saber y entender, cierta y completa. Soy consciente de que se podrá denegar una reclamación y/o rescindir la cobertura como resultado de cualquier omisión o exposición incorrecta.

Así mismo, soy consciente de que mi inscripción y/o elegibilidad para la recepción de los beneficios puede estar sujeto a mi buena disposición a proporcionar una autorización por escrito permitiendo a Unity acceder a mi historial médico, al de mi cónyuge o al de cualquiera de los dependientes solicitando cobertura, en posesión de los proveedores médicos que nos han tratado. En caso de que fuera necesario acceder a los historiales médicos, Unity me facilitará el formulario de autorización.

Firma del suscriptor: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

If Applicable:

AGENT'S NAME: _____ AGENT'S NUMBER: _____