



840 Carolina Street  
 Sauk City, Wisconsin 53583-1374  
 1-800-362-3308  
 (608) 643-2491 Fax (608) 643-2564  
 unityhealth.com

Rellene todo el formulario en TINTA NEGRA.

**EMPLOYEE APPLICATION**  
**Formulario de solicitud**

**INFORMACIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO:**

Nombre de la empresa:	Horas de trabajo por semana:
Situación laboral: En activo: <input type="checkbox"/> Retirado: <input type="checkbox"/> Baja temporal: <input type="checkbox"/>	Fecha de comienzo de cobertura solicitada:
Fecha de contratación:	Plan solicitado: HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Otro:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:**

Apellido del solicitante		Nombre		Inicial del segundo nombre		Número de la Seguridad Social	
Dirección postal			Ciudad		Estado	Código postal	Condado
Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		Idioma hablado con más frecuencia: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro		Teléfono de día ( ) _____	Teléfono de casa ( ) _____
Motivo de la inscripción: <input type="checkbox"/> Inscripción de nuevo empleado <input type="checkbox"/> Pérdida de otro seguro <input type="checkbox"/> Otro:		*Médico de atención primaria (PCP) y Clínica :		¿Paciente suyo en la actualidad? S / N	Correo electrónico del solicitante:  <i>*Si desea que Unity le asigne una clínica o un médico de atención primaria (PCP), escriba "Asignar"</i>		

**INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES – Incluya a todas las personas que solicitan cobertura, aparte del empleado:**

Nombre del dependiente (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de la Seguridad Social	Parentesco	Fecha de nacimiento	Género	*Nombre del médico de cabecera (PCP) y de la clínica	¿Paciente suyo en la actualidad?
		Cónyuge		M / F		S / N
				M / F		S / N
				M / F		S / N
				M / F		S / N
				M / F		S / N

**INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS:**

¿Seguirá teniendo Vd o alguno de sus dependientes, **otro** seguro, incluyendo Medicare, a partir de la fecha en que se haga efectiva esta póliza con Unity?. En caso afirmativo, rellene lo siguiente:  
 Nombre(s) de el/los asegurado(s) \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros \_\_\_\_\_ N° de suscriptor \_\_\_\_\_ N° de grupo \_\_\_\_\_  
 Fecha de entrada en vigor de la cobertura \_\_\_\_\_ N° de la empresa de seguros \_\_\_\_\_

¿Tuvo Vd (o alguno de sus dependientes) cobertura médica que terminara dentro de los últimos 30 días, o que vaya a terminar dentro de los siguientes 30 días? En caso afirmativo, rellene lo siguiente:  
 Compañía \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_ N° de suscriptor \_\_\_\_\_  
 Fecha de entrada en vigor de la cobertura \_\_\_\_\_ Fecha en que se dio de baja \_\_\_\_\_  
 Nombre de las personas incluidas en la póliza: \_\_\_\_\_

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 el acceso a mi historial médico, al de mi cónyuge o al de cualquiera de los dependientes solicitando cobertura, que están 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. 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.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del empleado: \_\_\_\_\_

A rellenar por Unity:	Group #:	County:	Med Plan:
RX Plan:	Effective Date:	Tier:	Dental Plan: