



840 Carolina Street  
 Sauk City, Wisconsin 53583-1374  
 (800) 362-3309; Fax (608) 643-2564  
 www.unityhealth.com

Unity Health Plans Insurance Corporation

Rellene por favor todo el formulario en TINTA NEGRA

**SOLICITUD DEL EMPLEADO**

**EMPLEADOR Por favor completa Esta Sección**

<b>Fecha de Cobertura:</b> ____/____/____ <b>Cobertura:</b> <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado <b>Fecha de Continuación:</b> ____/____/____  <b>Plan:</b> <input type="checkbox"/> HMO _____ <input type="checkbox"/> POS _____ <input type="checkbox"/> PPO _____  <b>Numero de Grupo: (para grupos existentes solamente)</b> _____	<b>Nombre de la empresa:</b> _____ <b>Ciudad, Estado, Código postal :</b> _____ <b>Horas de trabajo por semana:</b> _____ <b>Fecha de Empeso:</b> _____ <b>Contacto de Empleado:</b> _____ <b>Contacto de Email:</b> _____  <b>Tipo de Cobertura:</b> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado y Esposo(a) <input type="checkbox"/> Empleado y Hijo(os) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/>
---	---

Información sobre el Empleado (Por favor no utilice abreviaciones ni apodos en esta aplicación)

Apellido del solicitante		Nombre		Inicial del segundo nombre		Primer idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Dirección			Ciudad y Estado		Código postal		Condado	Altura / Peso
Número de la Seguridad Social				Correo electrónico del solicitante				
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		Fecha de nacimiento / /		Teléfono de casa ( ) _____		Teléfono del trabajo ( ) _____	
<input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Empleado fuera de plazo <input type="checkbox"/> Dependiente fuera de plazo <input type="checkbox"/> Aumento de jornada, desde ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha del matrimonio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha del divorcio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otro _____			<b>Cambio en la cobertura</b> <input type="checkbox"/> Añadir a un dependiente Fecha de nacimiento ____/____/____ Fecha de la adopción ____/____/____ <input type="checkbox"/> Quitar a un dependiente Nombre _____ Fecha del término de la cobertura ____/____/____			<b>Médico de Cabecera / Clínica</b>		
						<input type="checkbox"/> ¿Corriente paciente? Si / No Provider Number (A rellenar por Unity): _____		

**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	Relación	Fecha de nacimiento	Género	Altura y Peso	*Nombre del médico de cabecera (PCP) y de la clínica	¿Paciente suyo en la actualidad?	Proeedor # (Unity Uso)
Email:				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Email:				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Email:				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Email:				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Renuncia voluntaria de cobertura de Seguro de Grupo:**

<b>Electo no cobertura de Seguro de Grupo para:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Nino(s) <b>Razon por al renuncia de cobertura:</b> (Por favor mire la información atrás) <input type="checkbox"/> Yo/Nosotros estamos cubiertos por un plan de seguro que ofrece el mismo plan de beneficios. Nombre de Seguro Co.: _____ <input type="checkbox"/> Yo/Nosotros vamos a estar cubiertos por un plan de seguro que ofrece el mismo plan de beneficios.. Nombre de Seguro Co.: _____ <input type="checkbox"/> El premario anual es pagado por mi para Unity es mas de 10% de me sueldo. <input type="checkbox"/> Otro _____
---

La nota: Si usted renuncia su derecho a este alcance del grupo, usted no debe completar la Información General e Información Médica.

### Información general e información médica

1. ¿Ha estado Vd (o alguno de sus dependientes) asegurado alguna vez con Unity?  Si  No En caso afirmativo, dénos el nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fechas en que las estuvo asegurado con Unity \_\_\_\_\_
2. ¿Seguirá teniendo Vd o alguno de sus dependientes, **otro** seguro a partir de la fecha en que se haga efectiva esta póliza con  Unity?   
**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 \_\_\_\_\_  
¿Es una póliza familiar?  Si  No Fecha efectiva de la cobertura \_\_\_\_\_
3. ¿Tuvo Vd (o alguno de sus dependientes) cobertura médica que terminara durante los 63 días previos a la entrada en vigor de esta póliza con Unity?   No En caso afirmativo, rellene lo siguiente:  
Compañía \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_ N° de suscriptor \_\_\_\_\_  
Fecha efectiva de la cobertura \_\_\_\_\_ Fecha en que se canceló \_\_\_\_\_  
Nombres de las personas incluidas en la póliza \_\_\_\_\_
4. ¿Está Vd, o algún miembro de su familia, inscrito en Medicare?   No  
En caso afirmativo, por favor conteste a las siguientes preguntas y adjunte una copia de su tarjeta de Medicare.  
Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
N° de Medicare \_\_\_\_\_ N° de Medicare \_\_\_\_\_  
Fecha efectiva, Parte A \_\_\_\_\_ Fecha efectiva, Parte A \_\_\_\_\_  
Fecha efectiva, Parte B \_\_\_\_\_ Fecha efectiva, Parte B \_\_\_\_\_  
¿Alguna minusvalía?  Si  No Fecha \_\_\_\_\_ ¿Alguna minusvalía?  Si  No Fecha \_\_\_\_\_
5. ¿Tiene Vd actualmente (o alguno de sus dependientes) alguna minusvalía, o es incapaz de realizar tareas cotidianas?    
**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?    
**No**  
En caso afirmativo, Nombre de la persona \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_
7. ¿Ha tenido Vd en los últimos 24 meses (o cualquiera de sus dependientes arriba mencionados) alguna consulta, tratamiento o diagnóstico sobre: cáncer, derrame cerebral, diabetes, afección cardíaca (incluida la hipertensión), enfermedad vascular, salud conductual (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 enfermedad intestinal?  
 Si  No **(No ha de informarnos sobre análisis genéticos ni sobre los resultados de dichos análisis)**  
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 las pruebas del VIH)**
9. Indique si están usando medicamentos utilizados por todos los solicitantes en una hoja aparte (y adjúntela a esta solicitud) o indíquelos a continuación:  Si  No Por favor indique sus medicamentos. \_\_\_\_\_
10. ¿Está Vd, o cualquiera de sus dependientes arriba mencionados, embarazada? ¿Tiene usted, o cualquier de los dependientes listados, planeado una intervención quirúrgica, o ha tenido alguna en los últimos 12 meses? ¿Ha sido usted, o cualquiera de los dependientes listados, hospitalizado en los últimos 12 meses?  Si  No  
En caso afirmativo, Nombre(s) \_\_\_\_\_ Fecha prevista del parto \_\_\_\_\_  
Razón por la que ha de ser hospitalizado o intervenido quirúrgicamente: \_\_\_\_\_
11. Si usted o un miembro de la familia actualmente involucrado en un caso de Compensación de Trabajadores? Sí  No   
Si Sí, indica a miembro de la familia implicada y fecha de accidente cuando comienzo: \_\_\_\_\_  
Condición de Compensación de trabajadores: \_\_\_\_\_  
Nombre de seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de seguro: \_\_\_\_\_  
(Donde la demanda se envía) \_\_\_\_\_  
Número telefónico de seguro: \_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_  
Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de término (si aplicable): \_\_\_\_\_  
-

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 el acceso 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 solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Aviso de los derechos de inscripción especial**

Si usted está disminuyendo la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su esposo(a), porque otro seguro médico o plan de salud cobertura de grupo, puede inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de otros (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días de sus dependientes otra cobertura (o después de que el empleador deja de contribuir a la cobertura de otros).

Además, si usted tiene un dependiente nuevo resultado en matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.