

# Formulario de Inscripción/Cambio/ Enrollment/Change Form



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

**UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK**  
290 Express Drive, South, Suite 240  
Islandia, NY 11749-1412

**AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE / NEW YORK STATE FRAUD WARNING NOTICE:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial 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 de hasta cinco mil dólares y el valor expreso del reclamo por cada acto de violación 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.

## LA EMPRESA DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN/TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

Nombre de la Empresa/Employer Name:		Número de Póliza/Policy Number:	
Autorización de la Empresa/Employer Authorization:		Fecha de Contratación/Date of Hire: ___/___/___	Clase/Class:
		Código de Informe/Variación de Plan/ Plan Variation/Reporting Code:	Plan:
Fecha de Vigencia Solicitada de la Cobertura/Fecha de Cambio/Requested Effective Date of Coverage/ Date of Change: ___/___/___		<input type="checkbox"/> Inscribir/Enroll <input type="checkbox"/> Cancelar/Cancel <input type="checkbox"/> Cambiar/Change	
Razón: (Marque las Casillas que Correspondan)/ Reason: (Check the Appropriate Boxes)	<input type="checkbox"/> Nuevo Plan de Grupo/ New Group Plan	<input type="checkbox"/> Nueva Contratación/ New Hire	<input type="checkbox"/> Inscripciones Abiertas Anuales/Annual Open Enrollment
	<input type="checkbox"/> Cambio de Nombre/ Name Change	<input type="checkbox"/> Cese del Empleado/ Employee Terminated	<input type="checkbox"/> Matrimonio/Marriage
	<input type="checkbox"/> Divorcio/Divorce	<input type="checkbox"/> Dependientes ordenados por un tribunal/ Court Ordered Dependent	<input type="checkbox"/> Fallecimiento/Death
	<input type="checkbox"/> Adopción/Custodia Legal/ Adoption/Legal Custody		<input type="checkbox"/> Cambio de Dirección/ Address Change
	<input type="checkbox"/> Cobra/Continuación del Estado/Cobra/State Continuation		<input type="checkbox"/> Nacimiento/Birth
		Fecha de Inicio/Start Date ___/___/___	<input type="checkbox"/> Otro/Other:
		Fecha de Finalización/End Date ___/___/___	

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/EMPLOYEE INFORMATION

N.º del Seguro Social/SS#		N.º de Identificación Asignado de la Empresa/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:	
Teléfono Residencial/Home Phone:		Teléfono del Trabajo/Work Phone:		Dirección de Correo Electrónico/ Email Address:	
Sexo/Sex: <input type="checkbox"/> Hombre/Male <input type="checkbox"/> Mujer/Female		Estado Civil/Marital Status:		Sueldo Anual \$/Annual Salary\$	
		<input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre*/Domestic Partner *			
Cantidad de horas trabajadas por semana/Number of hours worked per week: _____					
Tipo de Empleado (Marque todas las opciones que correspondan)/Employee Type (Check all that apply): <input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> Por Hora/Hourly <input type="checkbox"/> Asalariado/Salary <input type="checkbox"/> Sindicado/Union <input type="checkbox"/> Sin sindicato/Non-union <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Otro/Other					

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA/FAMILY INFORMATION		Dependientes que desea inscribir, cancelar, cambiar: (Si es necesario, adjunte hojas adicionales)/ 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)	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth	Sexo/ Sex	Parentesco**/ Relationship**	Incapacitado***/ Incapacitated***
	Número del Seguro Social del Dependiente o Identificación Asignada/Dependent Social Security Number or Assigned ID						
<input type="checkbox"/> Inscribir/ Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/ Change <input type="checkbox"/> Cancelar/ Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cónyuge/Spouse <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre*/Domestic Partner*	No Corresponde/ Not Applicable
	N.º del Seguro Social/SS# ____-____-_____						
<input type="checkbox"/> Inscribir/ Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/ Change <input type="checkbox"/> Cancelar/ Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dependiente/ Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	N.º del Seguro Social/SS# ____-____-_____						
<input type="checkbox"/> Inscribir/ Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/ Change <input type="checkbox"/> Cancelar/ Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dependiente/ Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	N.º del Seguro Social/SS# ____-____-_____						
<input type="checkbox"/> Inscribir/ Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/ Change <input type="checkbox"/> Cancelar/ Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dependiente/ Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	N.º del Seguro Social/SS# ____-____-_____						
<input type="checkbox"/> Inscribir/ Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/ Change <input type="checkbox"/> Cancelar/ Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dependiente/ Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	N.º del Seguro Social/SS# ____-____-_____						

\*La cobertura de Pareja de Unión Libre la determina la empresa para la cual usted trabaja o la ley del Estado. Para obtener más información, comuníquese con su empresa./\*Domestic Partner coverage is determined by state law or as determined by your employer. Please contact your employer for confirmation.

\*\*En el caso de Dependientes por orden judicial, se debe adjuntar la documentación legal. Para obtener más información sobre los requisitos para el estado de estudiante a tiempo completo, consulte con el representante de la Empresa para la cual trabaja. Si el Dependiente no vive con el afiliado, proporcione 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 es incapaz de ganarse la vida debido a una enfermedad mental, discapacidad del desarrollo o retraso mental. Si respondió "Sí" en Incapacitado, adjunte el certificado médico de discapacidad./Dependent is unmarried, financially dependent upon subscriber/covered person and incapable of earning a living because of mental illness, developmental disability, or mental retardation. If answered "Yes" for Incapacitated, please attach medical certification of disability.

ELECCIONES DE BENEFICIOS/BENEFIT ELECTIONS		
Persona/Person	Dental	Vista/Vision
Empleado /Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge (o Pareja de Unión Libre*)/ Employee Spouse (or Dom.Part*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Renunciar/ Waive (si corresponde)/ (if applicable)	<input type="checkbox"/> Renunciar/ Waive (si corresponde)/ (if applicable)

<b>AUTORIZACIÓN Y ACUSE DE RECIBO/AUTHORIZATION AND ACKNOWLEDGEMENT</b>	El formulario debe estar firmado/Form must be signed
---	--

Por medio del presente documento, afirmo que todas las declaraciones realizadas arriba son, a mi leal saber y entender, verdaderas y completas, y que constituirán la base sobre la que se emita el seguro solicitado. /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 elegí un producto Dental y/o de la Vista, entiendo que el plan de beneficios Dentales o de la Vista que he seleccionado proporciona el reembolso de ciertos costos Dentales y/o de la Vista que se describen con más detalle en los Certificados de Cobertura actuales. Entiendo que pueden existir ocasiones en que mi plan de beneficios Dentales y/o de la Vista no cubra las decisiones de tratamiento tomadas por mi Dentista, proveedor o por mí sobre los gastos Dentales y/o de la Vista en los cuales haya incurrido. Los Certificados sólo proporcionan beneficios Dentales y/o de la Vista. Lea sus Certificados detenidamente. /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 afirmaciones realizadas por mí son declaraciones y no garantías. Ninguna afirmación realizada por mí se usará para impugnar el seguro que proporciona la Póliza, a menos que se incluya en una declaración escrita firmada por mí; y que mi beneficiario o yo reciba 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 necesarias para la prima de mi sueldo o salario para la(s) cobertura(s) que he seleccionado. Reconozco que he leído los Avisos de Advertencia de Fraude correspondientes que se incluyen 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.

**AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE / FRAUD WARNING NOTICES:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial 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 de hasta cinco mil dólares y el valor expreso del reclamo por cada acto de violación 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.

Firma del Empleado/Employee Signature:	Fecha/Date:     /     /
--	-------------------------

