

Inscripción del Empleado – Financiamiento Alternativo/Employee Enrollment – Alternate Funding

Envíe la correspondencia a/Please send correspondence to: P.O. Box 19032, Green Bay, WI 54307-9032 •
 1-800-291-2634

(Llene el formulario de inscripción completo para evitar demoras en el procesamiento. Escriba en letra de imprenta y clara toda la información./Please fill out the entire enrollment form to avoid processing delay. Please clearly print all information.)

Número de Seguro Social del Afiliado/Enrollee Social Security Number

N.º de Grupo/Group No.

			-						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

				-					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Información del Afiliado/Enrollee Information					
Nombre de la Empresa/Employer Name			Dirección de la Empresa (Si es más de una ubicación)/ Employer Address (If more than one location)		
Apellido/Last Name			Nombre/First Name		Inicial/Initial
<input type="checkbox"/> Soltero/ Single <input type="checkbox"/> Casado/ Married			Dirección/Address	Ciudad/City	Estado/State
			Código Postal/ZIP	Condado/County	
N.º de Teléfono/Phone #		Sexo/ Gender	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth	Estatura/Height	Peso/Weight
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		
Número de Teléfono Celular/Cell Phone #			Dirección de Correo Electrónico/Email Address		
Fecha de Empleo a Tiempo Completo/Date Employed Full Time	Promedio de Horas Trabajadas por Semana/Average Hours Worked Per Week		Ocupación/Occupation ¿Es contratista independiente?/Are you an independent contractor?		
/ /			<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		

Información del Afiliado y Dependientes (Sólo para quienes solicitan cobertura)/Enrollee and Dependent Information (Only for those applying).

Si necesita enumerar más dependientes, use una hoja con renglones, fírmela y coloque la fecha, y marque esta casilla/If you need to list additional dependents, please use lined paper, sign and date it, and check this box:

	Afiliado/ Enrollee	Cónyuge/ Spouse	Hijo/Child 1	Hijo/Child 2	Hijo/Child 3
Nombre/First Name					
Inicial del 2.º Nombre/Middle Initial					
Apellido/Last Name					
Sexo/Gender		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de Nacimiento/ Date of Birth		/ /	/ /	/ /	/ /
Estatura/Height					
Peso/Weight					
Número del Seguro Social/Social Security Number		- -	- -	- -	- -
Nombre del Médico de Atención Primaria/Primary Care Physician's Name					



Elegibilidad y Otro Seguro (seguro que se mantendrá además de esta cobertura)/Eligibility and Other Insurance (insurance that will be kept in addition to this coverage)

Actualmente Trabaja a Tiempo Completo/Currently Working Full Time	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes
Planea Mantener Otra Cobertura de Seguro/Plan to Keep Other Insurance Coverage	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes
Número de la Otra Póliza de Seguro/Other Insurance Policy Number					
Nombre de la(s) Otra(s) Compañía(s) de Seguro/Name of Other Insurance Company(ies)					
Cubierto por Medicare/Medicaid/Covered by Medicare/Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes
Fecha de Vigencia de la Cobertura de Medicare/Medicaid/Medicare/Medicaid Coverage Effective Date	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

Información sobre Cobertura y Solicitud de Cambio/Coverage and Change Request Information

Médica/Medical: Empleado/Employee Familia/Family Empleado/Cónyuge/Employee/Spouse
 Empleado/Hijo(s) Dependiente(s)/Employee/Dependent Child(ren)

Nombre del Plan Médico que Seleccionó/Name of Medical Plan You Have Selected: _____

Solicitud de Cambio/Change Request: Matrimonio/Marriage Divorcio/Divorce Adopción/Adoption Regreso a la Escuela Tiempo Completo/Returning to School Full Time Orden Judicial/Court Order Fecha del Evento/Date of Event: _____
 (es posible que deba proporcionar un comprobante del evento/you may be required to provide proof of event)

Adjunte una declaración escrita y firmada por la empresa para solicitar una fecha de vigencia de la cobertura distinta a la fecha de vigencia del empleado. La fecha de vigencia quizás no pueda garantizarse./Attach a written and signed statement by the employer for a requested coverage effective date other than employee effective date. Effective date may not be guaranteed.

Antecedentes Médicos/Medical History

Durante los últimos 5 años, ¿alguna de las personas incluidas en este formulario de inscripción ha sido diagnosticada, vista, examinada o tratada por un profesional de atención de la salud por cualquier enfermedad, lesión o condición de salud incluida en alguna de las categorías que se detallan a continuación? Si la respuesta es afirmativa, marque la casilla que describa con mayor precisión el problema y proporcione una explicación completa a continuación. Tenga en cuenta que si omite información o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su pago mensual retroactivamente a la fecha en que su póliza entró en vigencia. **Todas las declaraciones contenidas en la totalidad de este formulario deben ser verdaderas y correctas; no se puede ocultar ni omitir ningún tipo de información significativa.**/Has anyone on this enrollment form been diagnosed, consulted with, or been examined or treated by any health care professional during the last 5 years for any illness, injury, or health condition in any of the categories listed below? If yes, please check the box that most appropriately describes the problem and explain fully below. Please note that, if you leave out or misrepresent information, we may terminate or not renew your coverage, or we may change your monthly payment retroactive to the date your policy became effective. **All statements contained in this entire form must be true and correct and no material information can be withheld or omitted.**

1 Cáncer/Tumor/ Cancer/Tumor <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> De Seno/Breast <input type="checkbox"/> De Colon/Colon <input type="checkbox"/> Leucemia/Leukemia <input type="checkbox"/> Linfoma/Lymphoma <input type="checkbox"/> De Hígado/Liver <input type="checkbox"/> De Pulmón/Lung <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Testicular <input type="checkbox"/> Cerebral/Brain <input type="checkbox"/> Ovárico/Ovarian <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> De próstata/Prostate <input type="checkbox"/> Otro Tipo de Cáncer/Other Cancer _____ <input type="checkbox"/> Tumor No Maligno. Ubicación del Tumor/Non-Malignant Tumor – Location of Tumor _____
2 Sistema Cardiovascular/ Heart/Circulatory <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aneurisma/Aneurysm <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent/Angioplasty/Stent <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva/Congestive Heart Failure <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca/Heart Disease <input type="checkbox"/> Nivel Elevado de Colesterol/Triglicéridos/Elevated Cholesterol/Triglycerides <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta/High Blood Pressure <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral/Stroke <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Hemofilia/Hemophilia <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre/Blood Clots <input type="checkbox"/> Marcapasos/ICD/Pacemaker/ICD <input type="checkbox"/> Trastorno Sanguíneo/Blood Disorder <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica/Sickle Cell Anemia <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
3 Sistema Reproductor/ Reproductive <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Embarazo en Curso/Current Pregnancy (fecha de parto/due date _____ si es múltiple, n.º/if multiples # _____) <input type="checkbox"/> Complicaciones del Embarazo/Pregnancy Complications <input type="checkbox"/> Fibromas/Fibroids <input type="checkbox"/> Trastornos Menstruales/Menstrual Disorders <input type="checkbox"/> Trastornos de Seno/Breast Disorders <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Infertilidad/Infertility <input type="checkbox"/> Otro/Other _____

<p>4 Sistema Endocrino/ Intestino/Intestinal/ Endocrine <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Pancreatitis Crónica/Chronic Pancreatitis <input type="checkbox"/> Trastorno de Colon/Colon Disorder <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/Crohn's <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa/Ulcerative Colitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cirrosis/Cirrhosis <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> Reflujo/Reflux <input type="checkbox"/> Trastorno Hepático/Liver Disorder <input type="checkbox"/> Úlcera/Ulcer <input type="checkbox"/> Hormonas del Crecimiento/Growth Hormones <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar/Gallbladder <input type="checkbox"/> Bypass Gástrico/Gastric Bypass <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>5 Sistema Nervioso/ Cerebro/ Brain/Nervous <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Alzhéimer/Alzheimer's <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral/Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> Migrañas/Migraines <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple/Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Parálisis/Paralysis <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia/Seizures/Epilepsy <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson/Parkinson's Disease <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza/Head Injury <input type="checkbox"/> Quiste/Cyst <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>6 Sistema Inmunitario/ Immune <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Esclerodermia/Scleroderma <input type="checkbox"/> Esclerosis Lateral Amiotrófica/ALS <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> SIDA/AIDS <input type="checkbox"/> VIH+/HIV+ <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia/Immuno Deficiency <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>7 Sistema Respiratorio/ Pulmonar/Lung/ Respiratory <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Alergias/Allergies <input type="checkbox"/> Asma/Asthma <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística/Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Enfisema/Emphysema <input type="checkbox"/> Sarcoidosis <input type="checkbox"/> Trastornos Pulmonares/Lung Disorders <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño/Sleep Apnea <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica/Chronic Bronchitis <input type="checkbox"/> Pulmonía/Pneumonia <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>8 Ojos/Oídos/Nariz/ Garganta/Eyes/ Ears/Nose/Throat <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Neurinoma del Estadoacústico/Acoustic Neuroma <input type="checkbox"/> Cataratas/Cataracts <input type="checkbox"/> Labio Leporino/Paladar Hendido/Cleft Lip/Palate <input type="checkbox"/> Tabique Desviado/Deviated Septum <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía/Retinopathy <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas de Oído/Chronic Ear Infections <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica/Chronic Sinusitis <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>9 Sistema Urinario/ Renal/Urinary/ Kidney <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Cálculos Renales/Kidney Stones <input type="checkbox"/> Trastornos Renales/Kidney Disorders <input type="checkbox"/> Trastornos Vesicales/Bladder Disorders <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Poliquística/Polycystic Kidney Disease <input type="checkbox"/> Trastorno de la Próstata/Prostate Disorder <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal/Renal Failure <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>10 Huesos/Músculos/ Bones/Muscles <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide/Rheumatoid Arthritis <input type="checkbox"/> Artrosis/Osteoarthritis <input type="checkbox"/> Protrusión/Hernia de Disco/Bulging/Herniated Disc <input type="checkbox"/> Lesión Articular/Joint injury <input type="checkbox"/> Fibromialgia/Síndrome de Cansancio Crónico/Fibromyalgia/Chronic Fatigue Syndrome <input type="checkbox"/> Síndrome de Dolor Crónico/Chronic Pain Syndrome <input type="checkbox"/> Trastorno de Hombro/Shoulder Disorder <input type="checkbox"/> Trastorno de Rodilla/Knee Disorder <input type="checkbox"/> Espina Bífida/Spina Bifida <input type="checkbox"/> Trastorno de Espalda/Back Disorder <input type="checkbox"/> Trastorno de Cuello/Neck Disorder <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>11 Salud Conductual/ Behavioral Health <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión/Anxiety/Depression <input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención con Hiperquinesia/ADHD <input type="checkbox"/> Depresión Bipolar/Bipolar Depression <input type="checkbox"/> Depresión Maníaca/Manic Depression <input type="checkbox"/> Esquizofrenia/Schizophrenia <input type="checkbox"/> Autismo/Autism <input type="checkbox"/> Trastorno Alimenticio/Eating Disorder <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio/Suicide Attempt <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas, Paciente Hospitalizado/Inpatient Alcohol/Drug <input type="checkbox"/> Hospital de Salud Mental, Paciente Hospitalizado/Inpatient Mental Health Hospital <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias/Substance Abuse <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>12 Trasplante/ Transplant <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> De Médula Ósea/Bone Marrow <input type="checkbox"/> De Órganos/Organ <input type="checkbox"/> Se Analizó Un Posible Trasplante Futuro/Discussed Possible Future Transplant <input type="checkbox"/> De Células Madre/Stem Cell <input type="checkbox"/> Complicaciones de un Trasplante/Transplant Complications <input type="checkbox"/> Otro/Other_____</p>
<p>13 Otro/Other <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Condición no mencionada arriba con reclamos que exceden los \$5,000/Condition not mentioned above with claims in excess of \$5,000 <input type="checkbox"/> Discapacidad/Disability <input type="checkbox"/> Trastorno Congénito/Congenital Disorder</p>
<p>14 Tabaco/Tobacco <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Una de las personas en este formulario de inscripción consumió productos de tabaco en los últimos 12 meses/ Anyone on this enrollment form used tobacco products in the past 12 months: Persona/Person _____</p>
<p>15 Medicamentos/ Medications <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Medicamentos Actuales/Current Medications: Persona/Person _____ Cant. de Medicamentos/# of Meds _____ Persona/Person _____ Cant. de Medicamentos/# of Meds _____ (enumerar medicamentos abajo/list meds below) <input type="checkbox"/> Medicamentos tomados durante los últimos 12 meses/Medications taken within the past 12 months: Persona/Person _____ Cant. de Medicamentos/# of Meds _____ Persona/Person _____ Cant. de Medicamentos/# of Meds _____ (enumerar medicamentos abajo/list meds below)</p>

Proporcione detalles sobre todas las respuestas afirmativas anteriores. (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte, coloque la fecha y firme la hoja)./Please give details of all "yes" answers above. (If additional space is required, please attach a separate sheet and date and sign that sheet).

N.º de Pregunta/ Question #	Persona/Person	Condición/Diagnóstico/ Condition/Diagnosis	Tratamiento/ Medicamentos/ Treatment/Meds	Nombre y Apellido del Médico/ Physician's Name	Fechas de Tratamiento/ Dates Treated	Pronóstico/ Prognosis

Información de Cobertura Médica Anterior/Prior Medical Coverage Information

Sí/Yes No ¿Usted o alguno de los dependientes que solicita la cobertura ha estado cubierto por el plan médico de grupo anterior de esta empresa?/Have you or any dependents applying for coverage been covered by this employer's prior group medical plan?

Sí/Yes No ¿Usted o alguno de los dependientes que solicita la cobertura ha estado cubierto por algún plan médico distinto del plan de grupo anterior de esta empresa? Si la respuesta es afirmativa/Have you or any dependents applying for coverage been covered by any medical plan other than this employer's prior group plan? If yes:

Nombre de la Compañía de Seguros/Insurance Company Name _____ N.º de Teléfono/Phone # _____

N.º de Póliza/Grupo/Policy/Group # _____

Fecha de Cancelación/Termination Date _____ Fecha de Vigencia/Effective Date _____

Motivo de la Cancelación/Reason for Termination _____

¿Quién estaba cubierto?/Who was covered? _____

Tipo de Plan/Type of Plan: Plan de Grupo de la Empresa Anterior/Prior Employer Group Plan
 Plan de Grupo de la Empresa del Cónyuge/Spouse's Employer Group Plan Póliza Individual/Individual Policy Otro/Other _____

Firma/Signature

Declaro que todas las afirmaciones incluidas en todo este formulario, y en cualquier otro formulario de solicitud de cobertura y/o de administración de seguro de salud que llené en los últimos 90 días y que se entregó a All Savers, son verdaderas y correctas, y que no se ha ocultado ni omitido ninguna información importante. Entiendo y acepto que el Patrocinador del Plan no está obligado a acatar ninguna declaración emitida por un agente o dirigida a éste, a menos que se especifique en el presente. Acepto que ningún beneficio médico entrará en vigencia hasta la fecha especificada en el Resumen de Descripción del Plan. Si estoy renunciando a la cobertura médica para mí y/o mis dependientes, he leído la disposición de Renuncia en su totalidad y entiendo los requisitos de inscripción si llevo a solicitar dicha cobertura en una fecha posterior.

La cobertura entra en vigencia sólo después de la aprobación y del cumplimiento de cualquier período de prueba.

En algunos estados, toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros o administrador del plan, presente un formulario de inscripción o un reclamo que contenga información sustancialmente falsa puede ser hallada culpable de fraude, que es un delito.

Para que el formulario de inscripción se considere completo, se deben adjuntar y llenar todas las páginas, incluida esta autorización. Los formularios de inscripción incompletos podrán ser rechazados./

I declare all statements contained in this entire form, and in any other health insurance administration and/or coverage application form that I completed within the last 90 days that was provided to All Savers, are true and correct and that no material information has been withheld or omitted. I understand and agree that the Plan Sponsor is not bound by any statement made by or to any agent unless written herein. I agree that no medical benefits will be effective until the date specified in the Summary Plan Description. If I am now waiving medical coverage for myself and/or for my dependents, I have read the entire Waiver provision and understand the enrollment requirements if I make a request for such coverage at a later date.

Coverage is effective only after approval and satisfaction of any probationary period.

In some states, any person who, knowingly and with intent to defraud an insurance company or plan administrator, submits an enrollment form or files a claim containing any materially false information may be guilty of fraud, which is a crime.

All pages must be attached and complete, including this authorization, for the enrollment form to be considered complete. Incomplete enrollment forms may be rejected.

Autorización para Divulgar Información Médica para la Inscripción/Authorization to Disclose Medical Information for Enrollment

Por medio del presente documento autorizo a los médicos, profesionales médicos, hospitales, clínicas, establecimientos de la administración de veteranos, administradores de beneficios farmacéuticos, servicios de información médica, centros de atención de urgencia y otras entidades médicas o relacionadas con la medicina, compañías de seguros o reaseguro y agencias verificadoras de crédito que tengan información disponible sobre la condición de salud física presente o anterior, incluido el abuso de drogas o alcohol, y/o el tratamiento de mi persona o de mis dependientes propuestos para la cobertura, a divulgar la totalidad o una parte de dicha información, lo que incluye pero no se limita a registros médicos, notas del proveedor de atención de la salud, pruebas de laboratorio y resultados, diagnósticos, tratamientos y pronósticos. Entiendo que la información obtenida por el uso de esta autorización puede utilizarse para determinar la elegibilidad para la emisión de la cobertura de salud para mí y mis dependientes. Esta autorización no se aplica a las notas de psicoterapia.

Acepto que una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original y que esta autorización vencerá 15 meses después de la cancelación de cualquier cobertura que obtenga. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a menos que se hayan tomado medidas en virtud de mi autorización. La información que se obtenga no se divulgará a cualquier persona u organización, excepto a las compañías de reaseguro u otras personas u organizaciones que presten servicios legales o comerciales relacionados con mi inscripción en la cobertura, por cualquier reclamo, con fines de administración médica, o según lo exija la ley o según yo lo autorice./

I hereby authorize those physicians, medical practitioners, hospitals, clinics, veterans administration facilities, pharmacy benefit managers, medical information services, urgent care facilities, and other medical or medically related entities, insurance or reinsurance companies, and consumer reporting agencies that have information available as to the present or former physical health condition, including drug or alcohol abuse, and/or treatment of me or my dependents proposed for coverage to release any and all such information, including, but not limited to, medical records, health care provider notes, laboratory tests and results, diagnoses, treatment, and prognoses. I understand the information obtained by use of this authorization may be used to determine eligibility for issuance of health coverage for me and my dependents. This authorization is not applicable to psychotherapy notes.

I agree that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original and that this authorization shall expire 15 months after the termination of any coverage I obtain. I understand that I may request a copy of this authorization. I understand that I may revoke this authorization at any time in writing unless action has been taken in reliance on my authorization. Any information obtained will not be released to any person or organization, except to reinsuring companies or other persons or organizations performing business or legal services in connection with my enrollment for the coverage, for any claim, for medical management purposes, or as may be otherwise lawfully required or as I may further authorize.

Firma del Afiliado/Enrollee Signature X _____ Fecha/Date _____

Si firma un representante del afiliado, indique la autoridad legal que tiene el representante para actuar en nombre del afiliado./
If signed by a representative of enrollee, please indicate the representative's legal authority to act on behalf of enrollee.

Renuncia (Llene si está renunciando a la cobertura médica.)/Waiver (Please complete if you are waiving medical coverage.)

Renuncio a la cobertura médica de/I waive medical coverage for: <input type="checkbox"/> Empleado (y dependientes)/Self (and dependents) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Spouse <input type="checkbox"/> Hijos Dependientes/Dependent Children	Indique el motivo de la renuncia a la cobertura/ Please state reason for waiving coverage: _____ Cobertura que Califica/ Qualifying Coverage: _____ Otro/Other _____
---	---

Si he renunciado a la cobertura para mí y/o mis dependientes (incluido mi cónyuge) porque tengo otra cobertura de seguro de salud, en el futuro podré inscribirme y/o inscribir a mis dependientes en el plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la terminación de mi otra cobertura debido a la pérdida involuntaria de la otra cobertura (divorcio, muerte, separación legal, cese del empleo, reducción en la cantidad de horas de empleo). Además, si tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, podré inscribir a mis dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la fecha del evento./If I have waived coverage for myself and/or my dependents (including my spouse) because of other health insurance coverage, I may in the future be able to enroll myself and/or my dependents in the plan, provided that I request enrollment within 31 days after my other coverage ends because of involuntary loss of other coverage (divorce, death, legal separation, termination of employment, reduction in number of hours of employment). In addition, if I have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, I may be able to enroll my dependents, provided that I request enrollment within 31 days after the date of the event.

Firma del Solicitante/Applicant Signature X _____ Fecha/Date _____

SUS DERECHOS CON RESPECTO AL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN GENÉTICA/YOUR RIGHTS REGARDING THE RELEASE AND USE OF GENETIC INFORMATION

Los resultados de los exámenes genéticos, incluida la información del examen genético, no se usarán como base para (1) cancelar, restringir, limitar o de otro modo aplicar condiciones para la cobertura de una persona o un miembro de familia conforme al plan, ni restringir la venta del plan a una persona o un miembro de familia; (2) cancelar o rechazar la renovación de la cobertura de una persona o un miembro de familia conforme al plan; (3) denegar la cobertura o excluir a una persona o un miembro de familia de la cobertura conforme al plan; (4) imponer una cláusula adicional que excluya la cobertura de ciertos beneficios o servicios conforme al plan; (5) establecer diferenciales en los costos mensuales o el costo compartido para la cobertura conforme al plan; (6) discriminar de otro modo a una persona o un miembro de familia al proporcionar seguro./The results of any genetic test, including genetic test information, shall not be used as the basis to (1) terminate, restrict, limit or otherwise apply conditions to the coverage of an individual or family member under the plan, or restrict the sale of the plan to an individual or family member; (2) cancel or refuse to renew the coverage of an individual or family member under the plan; (3) deny coverage or exclude an individual or family member from coverage under the plan; (4) impose a rider that excludes coverage for certain benefits or services under the plan; (5) establish differentials in monthly costs or cost-sharing for coverage under the plan; (6) otherwise discriminate against an individual or family member in the provision of insurance.

