

Solicitud para Empleadores de Pequeñas Empresas/ Employer Application for Small Business

United Healthcare Oxford

New York

Para evitar demoras en el proceso, asegúrese de/
To avoid processing delays, please make sure you:

- 1 Responder a todas las preguntas de manera completa y precisa./Answer all questions completely and accurately.
- 2 Llenar y enviar el formulario de selección de beneficios y productos, si corresponde./Complete and submit the product and benefit selection form, if applicable.
- 3 Presentar el estado de cuenta más reciente que indique las personas aseguradas actualmente y su estado actual./Submit the most recent billing statement listing those currently insured and current status.

- 4 Presentar la información más reciente sobre salario e impuestos./Submit most recent wage and tax information.
- 5 Incluir un cheque de depósito para las primas requeridas./Include a deposit check for any required premiums.
- 6 **NO CANCELAR SU COBERTURA EXISTENTE HASTA QUE HAYA RECIBIDO UNA NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN POR ESCRITO./DO NOT CANCEL YOUR EXISTING COVERAGE UNTIL YOU RECEIVE WRITTEN NOTIFICATION OF APPROVAL.**

Fecha de vigencia solicitada/
Requested Effective Date

Información General /General Information

Nombre legal del grupo/Group's Legal Name

Nombre del grupo que aparecerá en la tarjeta de ID (máximo 30 caracteres)/
Group Name to appear on ID card (maximum 30 characters)

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

Dirección/Street Address														ID fiscal/Tax ID					
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--

Ciudad/City						Estado/State			Código postal/ZIP Code			Nombres de los propietarios/socios (si corresponde)/Names of Owners/Partners (If applicable)						¿Acceso a Internet?/Internet Access? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		
-------------	--	--	--	--	--	--------------	--	--	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Persona de contacto/Contact Person						Dirección de correo electrónico/Email Address												N.º de años en actividad/# of Years in business ____		
------------------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección de facturación (si es distinta)/Billing address (If Different)												Teléfono/Telephone						Fax		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--

¿Grupo con varios sitios?*/Multi-location Group* <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No						N.º de sitios/# Locations						Direcciones (o indíquelas en una hoja aparte)/Address(es) (or list on additional sheet of paper)					
---	--	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Si la mayoría de sus empleados no reside en el estado en que usted presenta la solicitud, es posible que las normas de UnitedHealthcare o las leyes estatales de UnitedHealthcare exijan que su póliza se emita en un estado diferente o que sus planes de beneficios varíen./If the majority of your employees are not located in your state of application, UnitedHealthcare policies and/or state law may require that your policy be written out of a different state and/or that your benefit plans vary.

Tipo de organización/Organization Type <input type="checkbox"/> Sociedad/Partnership <input type="checkbox"/> C-Corp <input type="checkbox"/> S-Corp <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LLP <input type="checkbox"/> Propietario único/Sole proprietor <input type="checkbox"/> Otro/Other _____												Opción de Plan de Beneficios Médicos/Medical Benefit Plan Option <input type="checkbox"/> Año calendario Calendar Year <input type="checkbox"/> Año de la póliza/Policy Year						Cobertura para Pareja de Unión Libre/Domestic Partner Coverage <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No					
¿Tuvo algún empleado que no sea usted ni su cónyuge durante el año calendario anterior?/Did you have any employees other than yourself and your spouse during the preceding calendar year? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No												¿Tuvo al menos un empleado que sea su empleado según la ley consuetudinaria y no sea su cónyuge durante el año calendario anterior?/Did you have at least one non-spouse common-law employee during the prior calendar year? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No											

Nombre del grupo/Group Name _____

Información General (continuación)/General Information (continued)

Período de espera para nuevas contrataciones (El período de espera para la cobertura médica no puede exceder los 90 días)/ Waiting Period for new hires (Waiting period for medical coverage cannot exceed 90 days)	<input type="checkbox"/> Primer día del mes de la póliza luego de la fecha de contratación/1st of Policy Month following date of hire <input type="checkbox"/> Primer día del mes de la póliza luego de/1st of Policy Month following ____ <input type="checkbox"/> meses/Months <input type="checkbox"/> días de empleo/Days of employment <input type="checkbox"/> Fecha de contratación (sin período de espera)/ Date of Hire (no waiting period) ____ <input type="checkbox"/> meses/months <input type="checkbox"/> días de empleo luego de la fecha de contratación/ days of employment following Date of Hire	¿Se anula el período de espera a los miembros iniciales?/Waiting Period waived for initial enrollees <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	Período de espera para recontractaciones/Waiting Period for Rehires: <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", se anula si la recontractación es dentro de los/If yes, waived if rehired within ____ meses/months.
Clases excluidas:/Classes Excluded: <input type="checkbox"/> Ninguna/None <input type="checkbox"/> Sindicado/Union <input type="checkbox"/> Por hora/Hourly <input type="checkbox"/> No gerencial/Non-Management <input type="checkbox"/> Asalariado/Salary	Actividad comercial/Nature of Business	Código industrial (SIC)/Industry (SIC) Code	
¿Tiene Seguro de Accidentes Laborales?/Have Workers' Comp? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	Nombre de la Aseguradora de pólizas de accidentes laborales/Workers' Comp Carrier Name	Nombres de los propietarios/socios no cubiertos por el Seguro de Accidentes Laborales/Names of Owners/Partners not covered by Workers' Comp:	

Nombres de las personas que actualmente están cubiertas por COBRA/la continuación del seguro o el Seguro por Discapacidad a Corto/Largo Plazo/Names of Persons currently on COBRA/Continuation, and/or Short/Long Term disability: Consulte la lista adjunta/See Attached List Ninguna/None

Participación/Participation	N.º de empleados que solicitan cobertura/ Employees Applying for:	N.º de empleados que renuncian a la cobertura/ Employees Waiving for:	Contribución/ Contribution	% del empleador/ Employer %	% del empleador para dependientes/ Employer % for Dep
N.º de empleados que cumplen los requisitos de participación/# Eligible Employees	Seguro Médico/ Medical	Seguro Médico/ Medical	Seguro Médico/ Medical		
N.º de empleados que no cumplen los requisitos de participación/# Ineligible Employees	Otro/Other	Otro/Other	Otro/Other		
N.º total de empleados/ Total # Employees					
N.º de horas por cada semana para cumplir los requisitos de participación/# Hours per week to be eligible _____					

Cobertura proporcionada por "UnitedHealthcare y compañías afiliadas"/Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":
 Cobertura médica proporcionada por Oxford Health Insurance, Inc./Medical coverage provided by Oxford Health Insurance, Inc.

<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	¿Está sujeto a la ley ERISA? (La mayoría de los planes del sector privado están sujetos a la ley ERISA)/ Subject to ERISA? (Most private sector plans are ERISA plans) Si respondió No, indique la categoría correspondiente/If No, please indicate appropriate category: <input type="checkbox"/> Iglesia (se necesita información adicional)/ Church (additional information needed) <input type="checkbox"/> Tribu indígena - empresa comercial/ Indian Tribe - commercial business <input type="checkbox"/> Gobierno extranjero/Embajada extranjera/ Foreign Government/Foreign Embassy <input type="checkbox"/> Gobierno federal/Federal Government <input type="checkbox"/> Gobierno no federal (estatal, local o tribal)/ Non-Federal Government (state, local or tribal gov.) <input type="checkbox"/> Otra no sujeta a la ley ERISA/Non-ERISA other_____
--	--

Norma sobre los Permisos para Ausentarse del Trabajo (Leave of Absence, LOA); requisitos de participación en la cobertura médica de UnitedHealthcare/UnitedHealthcare's Leave of Absence (LOA) policy; eligibility for medical coverage

Nombre del grupo/Group Name _____

Información General (continuación)/General Information (continued)

Si el empleado está con un permiso para ausentarse del trabajo y el empleador sigue pagando las primas médicas requeridas, la cobertura permanecerá en vigencia durante: (1) No más de 13 semanas consecutivas si se trata de un permiso no médico (por ejemplo, suspensión temporal). (2) No más de 26 semanas consecutivas si se trata de un permiso médico. La cobertura puede extenderse durante más tiempo, si lo exigen las normas locales, estatales o federales./If the employee is on an employer approved leave of absence and the employer continues to pay required medical premiums, the coverage will remain in force for: (1) No longer than 13 consecutive weeks for non-medical leaves (i.e. temporarily laid-off). (2) No longer than 26 consecutive weeks for a medical leave. Coverage may be extended for a longer period of time, if required by local, state or federal rules.

Si la cobertura médica del empleado se cancela conforme a esta norma sobre los Permisos para Ausentarse del Trabajo, el empleado puede ejercer los derechos conferidos por cualquier disposición de Continuación de la Cobertura Médica vigente o disposición de Conversión de Beneficios Médicos descrita en el Certificado de Cobertura./If the employee's medical coverage terminates under this LOA policy, the employee may exercise the rights under any applicable Continuation of Medical Coverage provision or Conversion of Medical Benefits provision described in the Certificate of Coverage.

¿Su compañía continúa con la cobertura médica durante un permiso para ausentarse del trabajo (sin incluir la continuación de la cobertura de parte del estado o la cobertura de COBRA)?/Do you continue medical coverage during a leave of absence (not including state continuation or COBRA coverage)?

___ Sí, continuamos con la cobertura médica durante un permiso para ausentarse aprobado para los empleados que trabajan a tiempo completo./Yes, we continue medical coverage during an approved leave of absence for full-time employees.

___ No, no ofrecemos cobertura médica durante un permiso para ausentarse./No, we do not offer medical coverage during a leave of absence.

Opciones de Planes de Salud Dirigidos por el Consumidor/Consumer Driven Health Plan Options

Cuenta de Ahorros para la Salud/Health Savings Account (si se elige)/(if selected): ¿Qué banco se usará?/Which bank will be used:

OptumBank Otro/Other

En la actualidad ¿ofrece o tiene la intención de ofrecer un plan con Cuenta de Reembolso para la Salud (Health Reimbursement Account, HRA) o alguna póliza de seguro complementario integral o arreglo de financiamiento, además de este plan médico de UnitedHealthcare?/Do you currently offer or intend to offer a Health Reimbursement Account (HRA) plan and/or comprehensive supplemental insurance policy or funding arrangement in addition to this UnitedHealthcare medical plan?

Las respuestas deben ser precisas, sin importar que se haya comprado un producto de UnitedHealthcare o de cualquier otra compañía de seguros o administrador de terceros./Answers must be accurate whether purchased from UnitedHealthcare or any other insurer or third party administrator.

HRA Sí/Yes No

Si respondió Sí, identifique el tipo./If yes, please identify type: HRA de UnitedHealthcare (cualquier diseño de HRA ofrecido a través de UnitedHealthcare)/UnitedHealthcare HRA (any HRA design offered through UnitedHealthcare) Otro Administrador de HRA/Other Administrator HRA

UnitedHealthcare recomienda que se sigan los mismos diseños de HRA incluso si se usa un administrador de HRA externo. No está obligado a usar a UnitedHealthcare para administrar la HRA./UnitedHealthcare recommends that the same HRA designs are followed even if using an external HRA administrator. You are not required to use UnitedHealthcare for HRA administration.

Póliza de seguro complementario integral o arreglo de financiamiento/Comprehensive supplemental insurance policy or funding arrangement Sí/Yes No

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, recomendaremos una lista de planes médicos que le presentaremos para que elija, como le mostró su agente de seguros; sin embargo, puede elegir un plan que sea el más adecuado para sus necesidades. Si se compran tales arreglos en cualquier momento durante el plazo de esta póliza, deberá notificar a UnitedHealthcare./If you answered "Yes" to either question above, we will recommend a list of medical plans that will be presented for you to choose from, as shown to you by your broker or agent, however you are free to choose a plan that best suits your needs. Purchase of such arrangements at any point during the duration of this policy will require you to notify UnitedHealthcare.

¿Les ofrece a los empleados ICRHA (cobertura individual con cuenta de reembolso para la salud)?/Are you offering employees ICRHA (individual coverage health reimbursement account)? Sí/Yes No

Preguntas sobre el Tamaño del Grupo/Questions Regarding Group Size

COBRA
 Continuación de cobertura con el estado/State continuation

Conforme a la ley federal, si su grupo tuvo 20 o más empleados en su nómina en al menos el 50% de los días laborables del grupo en un año calendario, debe proporcionar a los empleados la continuación de COBRA a partir del 1 de enero del año calendario siguiente. Si su grupo tuvo menos de 20 empleados durante un año calendario, debe proporcionar la continuación de parte del estado a partir del 1 de enero del año calendario siguiente./Under federal law, if your group had 20 or more employees on your payroll on at least 50% of the group's working days during a calendar year, you must provide employees with COBRA continuation effective January 1 of the next calendar year. If your group had fewer than 20 employees during a calendar year, you must provide State Continuation effective January 1 of the next calendar year.

Preguntas sobre el Tamaño del Grupo (continuación)/Questions Regarding Group Size (continued)

Medicare es primario/ Medicare Primary
 El Plan es primario/Plan Primary

Conforme a la ley federal, si su grupo tuvo 20 o más empleados durante 20 o más semanas calendario en el año calendario anterior, el plan de salud es primario y Medicare es secundario. Esta declaración no contempla todas las normas que rigen el estatus de Medicare según el nivel del grupo. El grupo debe comunicarse con su asesor legal o fiscal para obtener información sobre otras normas que pueden afectar el estatus de Medicare del grupo. Conforme a la ley federal, es responsabilidad del grupo determinar con precisión su estatus de Medicare./Under federal law, if your group had 20 or more employees during 20 or more calendar weeks in the preceding calendar year, the health plan is primary and Medicare is secondary. This statement does not set forth all rules governing group level Medicare status. The group should contact its legal and/or tax advisor(s) for information regarding other rules that may impact the group’s Medicare status. Under federal law it is the group’s responsibility to accurately determine its Medicare status.

Ingrese el número promedio total de empleados en el año calendario anterior/Enter the Prior Calendar Year Average Total Number of Employees

Conforme a la legislación estatal, la cantidad de empleados es la cantidad promedio de empleados que trabajaron en la compañía durante el año calendario anterior. Por lo general, un empleado es cualquier persona para la cual la compañía emite un formulario W-2, independientemente de su condición de trabajador a tiempo completo, a tiempo parcial o estacional, o si tiene o no cobertura médica./Under state law, the number of employees means the average number of employees employed by the company during the preceding calendar year. An employee is typically any person for which the company issues a W-2, regardless of full-time, part-time or seasonal status or whether or not they have medical coverage.

Para calcular el promedio anual, sume todos los totales mensuales de empleados, luego divida por la cantidad de meses en que su compañía desarrolló actividades comerciales el año pasado (generalmente 12 meses). Al calcular el promedio, considere todos los meses del año calendario anterior, independientemente de que haya tenido cobertura con nosotros, haya tenido cobertura con una compañía de seguros anterior o haya estado en actividad, pero no ofreció cobertura. Use la cantidad de empleados al final del mes como el “valor mensual” para calcular el promedio del año. Si su empresa se creó recientemente, para calcular su promedio del año anterior, solamente use los meses en que estuvo en actividad. Use números enteros solamente (sin decimales, fracciones ni rangos)./To calculate the annual average, add all the monthly employee totals together, then divide by the number of months you were in business last year (usually 12 months). When calculating the average, consider all months of the previous calendar year regardless of whether you had coverage with us, had coverage with a previous carrier or were in business but did not offer coverage. Use the number of employees at the end of the month as the “monthly value” to calculate the year average. If you are a newly formed business, calculate your prior year average using only those months that you were in business. Use whole numbers only (no decimals, fractions or ranges).

Ingrese el número total de empleados que cumplen los requisitos de participación del año calendario anterior/Enter the Prior Calendar Year Total Number of Eligible Employees

A fin de determinar el número de empleados que cumplen los requisitos de participación, estos son aquellos que cumplen los requisitos para inscribirse en cualquier plan médico que usted ofrezca, incluso si no cumplen los requisitos para inscribirse en un plan de UnitedHealthcare. Aquí puede agregar COBRA y jubilados./For purposes of determining your number of eligible employees, eligible employees are those who are eligible to enroll in any medical plan you offer, even if they aren’t eligible to enroll in a UnitedHealthcare plan. Here you may add COBRA and retirees.

Para calcular el número de empleados que cumplen los requisitos de participación del año calendario anterior: (1) Cuente el número total de empleados que cumplen los requisitos de participación al final de cada mes (2) Sume todos los totales mensuales que cumplen los requisitos de la línea (1) y divida por 12. Use números enteros solamente (sin decimales, fracciones ni rangos y redondee para abajo)./Calculate your number of eligible employees from the preceding calendar year: (1) Count the total number of eligible employees at the end of each month (2) Add all the monthly eligible totals from line (1) and divide by 12. Use whole numbers only (no decimals, fractions or ranges and round down).

Nombre del grupo/Group Name _____

Preguntas sobre el Tamaño del Grupo (continuación)/Questions Regarding Group Size (continued)

<p>Ingrese la cantidad total equivalente a empleados a tiempo completo del año calendario anterior/Enter the Prior Calendar Year Full-Time Equivalent Total Number of Employees</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin-top: 10px;"></div>	<p>A fin de determinar el número equivalente a empleados a tiempo completo, el número de empleados es el número promedio de empleados contratados a tiempo completo (al menos 30 horas por semana en cualquier mes dado) por la compañía en los días hábiles del año calendario anterior./For purposes of determining your number of full-time equivalent employee count, the number of employees means the average number of employees employed full-time (at least 30 hours/week in any given month), by the company on business days during the preceding calendar year.</p> <p>Además del número de empleados a tiempo completo mencionado anteriormente, para cualquier mes determinado, incluya el número de empleados a tiempo completo de dicho mes dividido por el número total de horas de servicio de todos los empleados que no son empleados a tiempo completo en el mes por 120. Los empleadores deberían excluir a los empleados que son trabajadores estacionales, como se define en el Código de Rentas Internas, que trabajaron 120 días o menos en el año calendario anterior./In addition to the number of full-time employees noted above, for any month otherwise determined, include for such month the number of full-time employees divided by the aggregate number of hours of service of all employees who are not full-time employees for the month by 120. Employers should exclude employees who were seasonal workers, as defined in the Internal Revenue Code, who worked 120 days or fewer in the preceding calendar year.</p>
<p><input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Utiliza actualmente los servicios de una Organización Profesional de Empleo (PEO), Compañía de Contratación de Empleados (ELC), Compañía de Contratación de Personal, Organización de Externalización de Recursos Humanos (HRO) u Organización de Servicios Administrativos (ASO)?/Do you currently utilize the services of a Professional Employer Organization (PEO) or Employee Leasing Company (ELC), Staff Leasing Company, HR Outsourcing Organization (HRO), or Administrative Services Organization (ASO)?</p>
<p><input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Su grupo es una Organización Profesional de Empleadores (PEO) o una Compañía de Contratación de Empleados (ELC), u otra entidad similar que sea coempleadora con sus clientes o con los empleados de sus clientes?/Is your group a Professional Employer Organization (PEO) or Employee Leasing Company (ELC), or other such entity that is a co-employer with your client(s) or client-site employee(s)?</p> <p>Si respondió que sí, al firmar esta solicitud, usted acepta el certificado de esta sección./If you answered yes, then by signing this application you agree with the certification in this section.</p> <p>Por medio del presente documento certifico que mi compañía es una Organización Profesional de Empleo (PEO) o una Compañía de Contratación de Empleados (ELC) u otra entidad similar y que solamente a aquellos empleados que son los empleados corporativos de mi compañía, y no mis coempleados, se les permite inscribirse en esta póliza de grupo. Si mi grupo, en algún momento después de que yo firme esta solicitud, determina que el grupo proporcionará cobertura a los coempleados a través del plan del grupo, entiendo que UnitedHealthcare no cubrirá a los coempleados conforme a esta póliza de grupo./I hereby certify that my company is a PEO, ELC or other such entity and that only those employees that are the corporate employees of my company, and not my co-employees, are permitted to enroll in this group policy. If my group at any point after I sign this application determines that the group will provide coverage to the co-employees under the group's plan, I understand that UnitedHealthcare will not cover the co-employees under this group policy.</p>
<p><input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Su grupo patrocina un plan que cubre a empleados de más de un empleador?/Does your group sponsor a plan that covers employees of more than one employer?</p> <p>Si respondió Sí, indique cuál de las siguientes opciones describe mejor a su plan/If you answered yes, then indicate which of the following most closely describes your plan:</p> <p><input type="checkbox"/> Organización Profesional de Empleadores (PEO)/ Professional Employer Organization (PEO) <input type="checkbox"/> Gubernamental/Governmental</p> <p><input type="checkbox"/> Arreglo de Bienestar de Empleadores Múltiples (MEWA)/ Multiple Employer Welfare Arrangement (MEWA) <input type="checkbox"/> Iglesia/Church</p> <p><input type="checkbox"/> Sindicato de Taft Hartley/Taft Hartley Union <input type="checkbox"/> Asociación empresarial/Employer association</p>
<p><input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Usted tiene la propiedad común de alguna otra empresa? Si tiene varias compañías o existe una relación de casa matriz-subsidiaria entre su compañía y otra, esto podría indicar la propiedad común de empresas./Do you have common ownership with any other businesses? If you own multiple companies, or a parent-subsidiary relationship exists between your company and another, this may indicate common ownership of businesses.</p>

Nombre del grupo/Group Name _____

Información sobre la Compañía de Seguros Actual/Current Carrier Information

¿El grupo actualmente tiene alguna cobertura de UnitedHealthcare o ha tenido alguna cobertura de UnitedHealthcare durante los últimos 12 meses?/Does the group currently have any coverage with UnitedHealthcare or has the group had any UnitedHealthcare coverage in the last 12 months?

Sí/Yes No Si respondió Sí, indique el número de póliza/If Yes, please provide policy number _____

y las fechas de inicio/and Coverage Begin Date ____/____/____ y finalización de la cobertura/End date ____/____/____

Compañía de Seguro Médico actual/Current Medical Carrier	<input type="checkbox"/> Ninguna/None	Nombre de la compañía de seguros/Name of Carrier	Fecha de inicio de la cobertura inicial/Initial Coverage Begin Date	Fecha de finalización de la cobertura/Coverage End Date
--	---------------------------------------	--	---	---

Selección de Productos Puestos a Disposición/Make Available Product Selection

Marque la casilla de cada beneficio ofrecido puesto a disposición./Please check the box for each make available benefit being offered.

Número ilimitado de visitas al Centro de Enfermería Especializada/Unlimited Skilled Nursing Facility

Cobertura Extendida para Dependientes/Extended Dependent Coverage

Información Importante/Important Information

Declaro que, a mi entender, la información que he proporcionado en esta solicitud, incluida la información sobre los beneficiarios y dependientes calificados que han elegido la continuación conforme a COBRA o las leyes de continuación de parte del estado, es correcta y verdadera. Entiendo que UnitedHealthcare y afiliadas se basarán en la información que les proporciono para determinar el cumplimiento de los requisitos de participación en la cobertura, para establecer las tarifas de las primas y para otros propósitos, y que cualquier declaración falsa intencional, tergiversación u omisión de un hecho primordial que constituya fraude puede producir la cancelación de la cobertura, el aumento de las primas retroactivo a la fecha de la póliza u otras consecuencias según lo permita la ley./I represent that, to the best of my knowledge, the information I have provided in this application – including information regarding qualified beneficiaries and dependents who have elected continuation under COBRA or state continuation laws – is accurate and truthful. I understand that UnitedHealthcare and Affiliates will rely on the information I provide in determining eligibility for coverage, setting premium rates, and other purposes, and that any intentional misrepresentation of material fact, fraudulent statement, or omission that constitutes fraud may result in termination of coverage, increase in premiums retroactive to the policy date, or other consequences as permitted by law.

En algunas circunstancias, les pagamos a los agentes de seguros (a los que en conjunto se les llama “productores”) una remuneración por sus servicios relacionados con la venta de nuestros productos, en cumplimiento con la ley vigente. En ciertos estados, es posible que paguemos “comisiones básicas” según factores como el tipo de producto, la cantidad de la prima, el tamaño del grupo/compañía y el número de empleados. Estas comisiones, si corresponden, se reflejan en la tarifa de la prima. Además, es posible que paguemos bonificaciones conforme a programas establecidos diseñados para fomentar la introducción de nuevos productos y proporcionar incentivos para alcanzar objetivos de producción, niveles de persistencia, metas de crecimiento u otros objetivos. Los gastos de bonificaciones no se reflejan directamente en la tarifa de la prima, pero se incluyen como parte de los gastos administrativos generales. Tenga presente que también realizamos pagos, de vez en cuando, a los productores por otros servicios aparte de los relacionados con la venta de pólizas (por ejemplo, remuneración por servicios como agente general o como asesor)./In some instances, we pay brokers and agents (referred to collectively as “producers”) compensation for their services in connection with the sale of our products, in compliance with applicable law. In certain states, we may pay “base commissions” based on factors such as product type, amount of premium, group/company size and number of employees. These commissions, if applicable, are reflected in the premium rate. In addition, we may pay bonuses pursuant to programs established to encourage the introduction of new products and provide incentives to achieve production targets, persistency levels, growth goals or other objectives. Bonus expenses are not directly reflected in the premium rate but are included as part of the general administrative expenses. Please note we also make payments from time to time to producers for services other than those relating to the sale of policies (for example, compensation for services as a general agent or as a consultant).

La remuneración de productores puede estar sujeta a la divulgación en la Lista A del Formulario ERISA 5500 para los clientes que se rigen por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA). Entregamos informes de la Lista A a nuestros clientes según lo exigido por la ley federal vigente. Para obtener información específica sobre la remuneración pagadera con respecto a su póliza en particular, comuníquese con su productor./Producer compensation may be subject to disclosure on Schedule A of the ERISA Form 5500 for customers governed by ERISA. We provide Schedule A reports to our customers as required by applicable federal law. For specific information about the compensation payable with respect to your particular policy, please contact your producer.

Nombre del grupo/Group Name _____

Información Importante (continuación)/Important Information (continued)

Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito 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 también estará sujeta a sanciones civiles, sin exceder los cinco mil dólares y el valor indicado del reclamo por cada infracción semejante./Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person who 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/Signature

Firma autorizada del grupo/ Group Authorized Signature	Cargo/Title	Fecha/Date
---	-------------	------------

Información sobre el Productor (si corresponde)/Producer Information (if applicable)

Nombre del productor emisor/ Writing Producer Name	N.º del Seguro Social del productor emisor/Writing Producer SSN	¿El productor está asignado a UHC?/ Is the Producer appointed with UHC? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
Todos los pagos a/All Payments to:	Código CRID (uso interno)/ CRID Code (for internal use)	ID fiscal/ Tax ID	Si es más de 1 productor*, divida por/If more than 1 Producer*, Split _____ %
Dirección/Street Address	Ciudad/City	Estado/ State	Código postal/ZIP Code
N.º de teléfono del productor/Producer Phone #	Dirección de correo electrónico del productor/Producer Email Address	Número de fax del productor/ Producer Fax Number	

El contenido de esta solicitud se explicó completamente durante una reunión con el grupo que presenta esta solicitud. Se analizaron la cobertura, los requisitos de participación, las limitaciones de condiciones preexistentes, el efecto de las declaraciones falsas y las disposiciones de cancelación./The contents of this application were fully explained during a meeting with the group submitting this application. Coverage, eligibility, pre-existing condition limitations, the effect of misrepresentations, and termination provisions were discussed.

Firma del productor/ Producer Signature	Fecha/Date
--	-------------------

* Si hay más de un productor, proporcione la información del segundo productor en una hoja aparte./If more than one Producer, provide the second Producer's information on an additional sheet of paper.

**Representante de Ventas/Ejecutivo de Cuentas de UnitedHealthcare/
UnitedHealthcare Sales Representative/Account Executive**

Representante de Ventas O Ejecutivo de Cuentas (nombre y apellido)/Sales Representative Or Account Executive (First & Last Name)

Información sobre el Agente General (si corresponde)/General Agent Information (if applicable)

Agente General/General Agent	N.º de teléfono/Phone #	Código de franquicia/Franchise Code	
Dirección Street Address	Ciudad/City	Estado/State	Código postal/ZIP Code