

# Dependent Enrollment Form

FOR OFFICE USE ONLY

☐ Address Change

☐ Dependent: New | Change | Drop

☐ Other Insurance

## SECTION 1: Employee/UNITE HERE HEALTH Participant Information

|                                |                                                                                                                        |                                                                       |     |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| Last Name                      | First                                                                                                                  | Middle                                                                |     |
| Date of Birth (month-day-year) | SSN/MID #                                                                                                              | Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |     |
| Address                        | City                                                                                                                   | State                                                                 | Zip |
| County                         | Cell Phone<br>(     )                                                                                                  | Home Phone<br>(     )                                                 |     |
| Employer Name                  | Employer Address                                                                                                       | Hire Date                                                             |     |
| Email                          | Language Preference: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: |                                                                       |     |

**Help reduce printing costs and protect the environment by going paperless! Call 1-800-419-HERE (4373) today to start receiving your plan communications via email.**

## SECTION 2: Dependent Information

### Adding a Dependent/Changing Dependent Information

| Last Name | First Name | Gender                                                           | Date of Birth<br>(month-day-year) | Social Security # | Please complete<br>if dependent has<br>other insurance |
|-----------|------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------|
| SPOUSE    |            | <input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female |                                   |                   | Carrier _____<br>Policy # _____<br>Type _____          |
| CHILDREN  |            | <input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female |                                   |                   | Carrier _____<br>Policy # _____<br>Type _____          |
|           |            | <input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female |                                   |                   | Carrier _____<br>Policy # _____<br>Type _____          |
|           |            | <input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female |                                   |                   | Carrier _____<br>Policy # _____<br>Type _____          |
|           |            | <input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female |                                   |                   | Carrier _____<br>Policy # _____<br>Type _____          |

**Other information required for new dependents:** You must provide a copy of one of these documents to verify a person's dependent status for benefit purposes.

- Marriage Certificate (for your spouse); Birth Certificate (for your children)
- In certain circumstances, UNITE HERE HEALTH accepts other documents for identification. Call your regional office for more information.

**Dependent coverage will not begin and claims cannot be paid until we receive these documents.**

### Dropping a Dependent

**There are penalties if you cover people you shouldn't.** If you enroll, or fail to drop, a dependent who is no longer eligible for benefits (such as a divorced spouse or an ineligible child), you are responsible for paying any related claims.

#### I need to end coverage for a previous dependent:

\_\_\_\_\_ (Name) is no longer eligible for benefits under the Plan because:

- ☐ We are divorced
- ☐ We are legally separated

## SECTION 3: Participant Signature

I understand that knowingly enrolling someone who does not qualify for coverage under UNITE HERE HEALTH's dependent enrollment criteria could be grounds for the suspension or termination of my coverage, and that if I enroll someone who does not qualify as my dependent, I will be liable to UNITE HERE HEALTH for any benefits or premiums UNITE HERE HEALTH pays on behalf of that person.

I hereby certify that my dependents listed above meet UNITE HERE HEALTH's dependent enrollment criteria and that the information I have provided on this Enrollment Form is true and correct.

|            |           |      |
|------------|-----------|------|
| Print Name | Signature | Date |
|------------|-----------|------|

# Formulario de Inscripción para Dependientes

PARA USO OFICIAL — FOR OFFICE USE ONLY

☐ Address Change

☐ Dependent: New | Change | Drop

☐ Other Insurance

## SECCIÓN 1: Información del participante/empleado de UNITE HERE HEALTH

|                                   |                                                                                                                        |                                                                            |               |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Apellido                          | Primer nombre                                                                                                          | Segundo nombre                                                             |               |
| Fecha de nacimiento (mes-día-año) | SSN/MID #                                                                                                              | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |               |
| Domicilio                         | Ciudad                                                                                                                 | Estado                                                                     | Código postal |
| Condado                           | No. Celular<br>(    )                                                                                                  | No. Teléfono<br>(    )                                                     |               |
| Nombre del empleador              | Dirección del empleador                                                                                                | Fecha de contratación                                                      |               |
| Correo electrónico                | Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: |                                                                            |               |

**Ayuda a reducir los costos de impresión y proteger el medio ambiente al no utilizar papel! Llame 1-800-419-HERE (4373) hoy para comenzar a recibir comunicaciones de su plan a través de correo electrónico.**

## SECCIÓN 2: Información del dependiente

### Adición de un dependiente/cambio de información del dependiente

| Apellido | Primer nombre | Sexo                                                     | Fecha de nacimiento<br>(mes-día-año) | No. Seguro Social | Favor de completar<br>si el dependiente<br>tiene otro seguro |
|----------|---------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------|
| Cónyuge  |               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |                                      |                   | Aseguradora _____<br>No. de póliza _____<br>Tipo _____       |
| Hijos    |               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |                                      |                   | Aseguradora _____<br>No. de póliza _____<br>Tipo _____       |
|          |               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |                                      |                   | Aseguradora _____<br>No. de póliza _____<br>Tipo _____       |
|          |               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |                                      |                   | Aseguradora _____<br>No. de póliza _____<br>Tipo _____       |
|          |               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |                                      |                   | Aseguradora _____<br>No. de póliza _____<br>Tipo _____       |

**Otra información necesaria para los nuevos dependientes:** Usted debe proporcionar una copia de uno de estos documentos para verificar la condición de dependiente de una persona con fines de beneficio.

- Certificado de matrimonio (para su cónyuge); acta de nacimiento (para sus hijos)
- En ciertas circunstancias, UNITE HERE HEALTH acepta otros documentos de identificación. Llame a la oficina regional para obtener más información.

**La cobertura de dependientes no comenzará y los reclamos no se pueden pagar hasta que recibamos estos documentos.**

### Dar de baja un dependiente

**Se aplican multas si cubre a personas que no reúnen los requisitos de cobertura.** Si usted inscribe, o no da de baja, a un dependiente que ya no es elegible para recibir beneficios (como un cónyuge del que se ha divorciado o un hijo que no es elegible), usted es responsable de pagar cualquier reclamo relacionado.

### Deseo finalizar la cobertura de un dependiente:

\_\_\_\_\_ (Nombre)  
ya no es elegible para beneficios bajo el Plan porque:

- ☐ Estamos divorciados
- ☐ Estamos legalmente separados

## SECCIÓN 3: Firma del participante

Entiendo que inscribir intencionadamente a una persona que no tiene derecho a la cobertura según los criterios de UNITE HERE HEALTH para la inscripción de los dependientes podría ser motivo de suspender o terminar mi cobertura, y si inscribo a una persona que no califique como Dependiente mio, estaré responsable ante UNITE HERE HEALTH de todo beneficio y prima que UNITE HERE HEALTH haya pagado a nombre de esa persona.

Certifico por medio de la presente que mis Dependientes que aparecen anteriormente cumplen con los criterios de inscripción de UNITE HERE HEALTH y que los datos que he proporcionado en este Formulario de Inscripción son verdaderos y correctos.

|                    |       |       |
|--------------------|-------|-------|
| Nombre en imprenta | Firma | Fecha |
|--------------------|-------|-------|