

# Antes de inscribirse

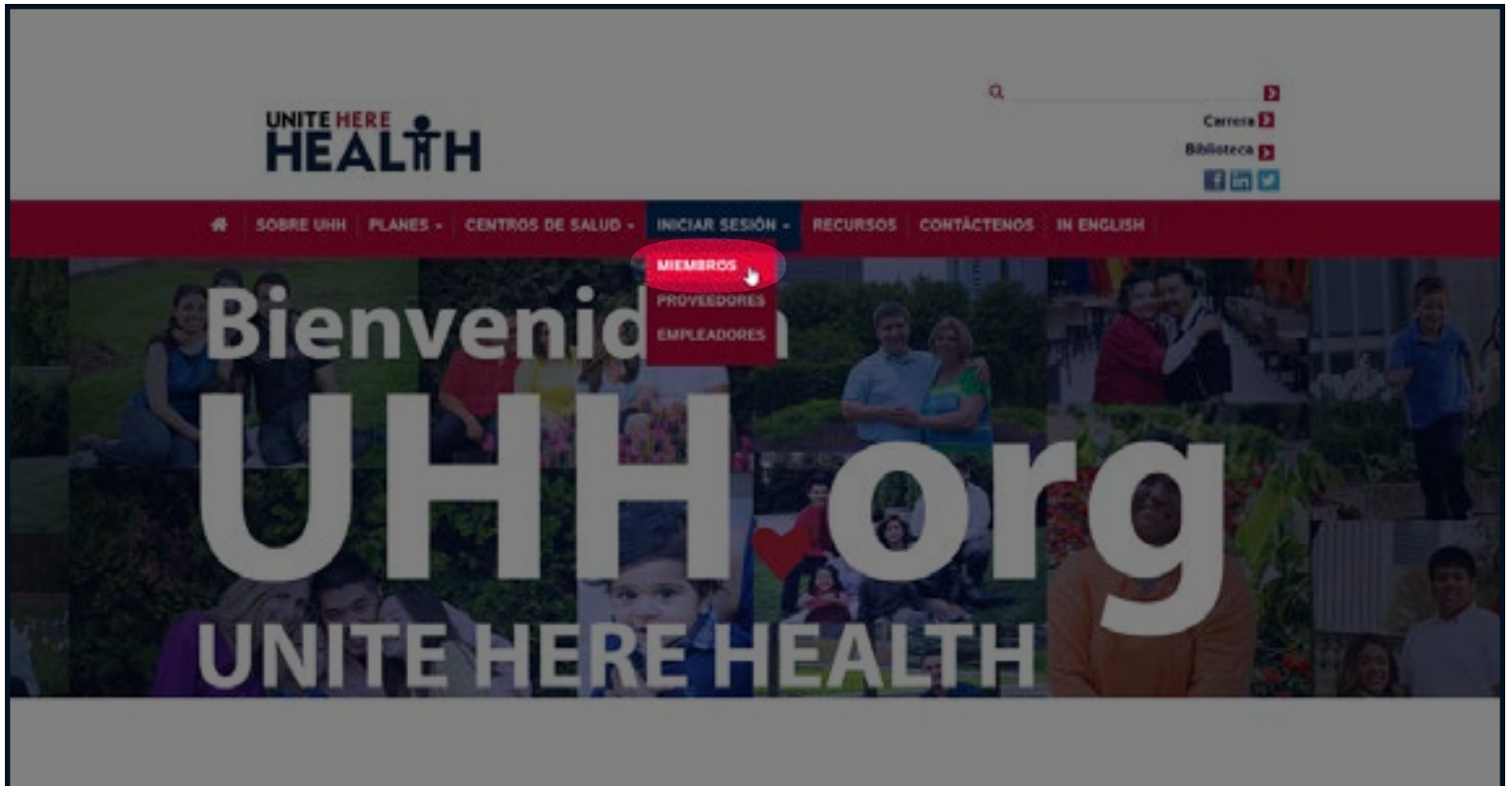
**Tenga a la mano un correo electrónico personal o un número de teléfono celular.**

**Revise sus opciones médicas y dentales en la carpeta Beneficios a simple vista.**

**Si tiene dependientes para inscribir, recoja sus documentos de prueba (como certificados de nacimiento o matrimonio).**

# Para comenzar la inscripción

- Visite [www.uhh.org/es](http://www.uhh.org/es) y haga clic en **INICIAR SESIÓN** . Se desplegará un menú secundario. Haga clic en **MIEMBROS** .



# Inicie su sesión o cree su cuenta

- Ingrese a su cuenta.

**A** Si usted no tiene una cuenta, haga clic en “Crear una cuenta” para registrarse.

The screenshot shows the UNITE HERE HEALTH member portal. At the top left is the logo. On the right, there are navigation links for EMPLEOS and BIBLIOTECA, along with social media icons for Facebook, LinkedIn, and Twitter. A red navigation bar contains links for ACERCA DE NOSOTROS, PLANES, CENTRO DE SALUD, MIEMBROS, PROVEEDORES, EMPLEADORES, RECURSOS, and CONTACTENOS. The main content area is titled "Portal de miembros" and includes a description: "¡Su portal de miembros le permite ver restamos, elegibilidad, historial de trabajo y más!". Below this are two input fields for "Nombre de Usuario" and "Contraseña", a checkbox for "Yo estoy de acuerdo con Términos de uso", and three buttons: "Iniciar Sesión", "Crear una cuenta" (highlighted with a red 'A' in a circle), and "Olvíde sus datos de registro". At the bottom, there is a "Visitar" section with logos for Calvary Health Fund and UNITE HERE!, and a footer with links for Home, Acerca de UHH, Miembros, Proveedores, Empleadores, Empleos, Mapa de planes, and Términos de Uso, along with a "Política de privacidad" link.

# Iniciar registro

- Ingrese su **número de seguro social** y **fecha de nacimiento** (para verificar su identidad).
- Haga clic en **Siguiente** para continuar
  - Si aparece su formulario de información de miembro, vaya a la página 10 de este folleto.
  - Si recibe un mensaje de error (miembro no encontrado), vaya a la página 9 de este folleto.

## Registro de Miembro

¡Complete el siguiente formulario para crear una cuenta con su Fondo de Salud! Su número de seguro social y fecha de nacimiento deben coincidir con la información que recibimos de su empleador.

Este portal es un área segura sólo para miembros. ¡Los dependientes no pueden acceder a él en este momento!

¿Ya Está Registrado/a?

Iniciar Sesión

Número de Seguro Social

000-00-0000 \*

Fecha de nacimiento

mm/dd/yyyy \*

Siguiente

# Información no encontrada

- **Si no se encuentra su información**, por favor llame a su línea directa de inscripción dedicada: (855) 321-4373.

Llame a su línea directa de inscripción dedicada: (855) 321-4373

## Registro de Miembro

¡Complete el siguiente formulario para crear una cuenta con su Fondo de Salud! Su número de seguro social y fecha de nacimiento deben coincidir con la información que recibimos de su empleador.

Este portal es un área segura sólo para miembros. (Los dependientes no pueden acceder a él en este momento.)

¿Ya Está Registrado/a?

Iniciar Sesión

No se encuentra el miembro. Llame al (800) 419-4373

Número de Seguro Social \*

123-45-5678

Fecha de nacimiento \*

12/12/1900

Siguiente

# Cree una cuenta

- Complete su información de cuenta y contacto.
- En la parte de abajo marque la casilla que dice “Yo estoy de acuerdo con [Términos de uso](#)” y haga clic en **Registrarse**.

*Si tiene problemas para registrarse, por favor llame a UNITE HERE HEALTH al (855) 321-4373.*

## Información de miembro

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| Nombre de miembro       | Doc, John   |
| Número de Seguro Social | 000-00-0000 |
| Fecha de Nacimiento     | 00/00/0000  |

## Cree su cuenta

|                       |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|
| Nombre de Usuario     | <input type="text"/>     | * |
| Contraseña            | <input type="password"/> | * |
| Confirmar Contraseña  | <input type="password"/> | * |
| Pregunta de Seguridad | <input type="text"/>     | * |
| Respuesta             | <input type="text"/>     | * |

## Información de contacto

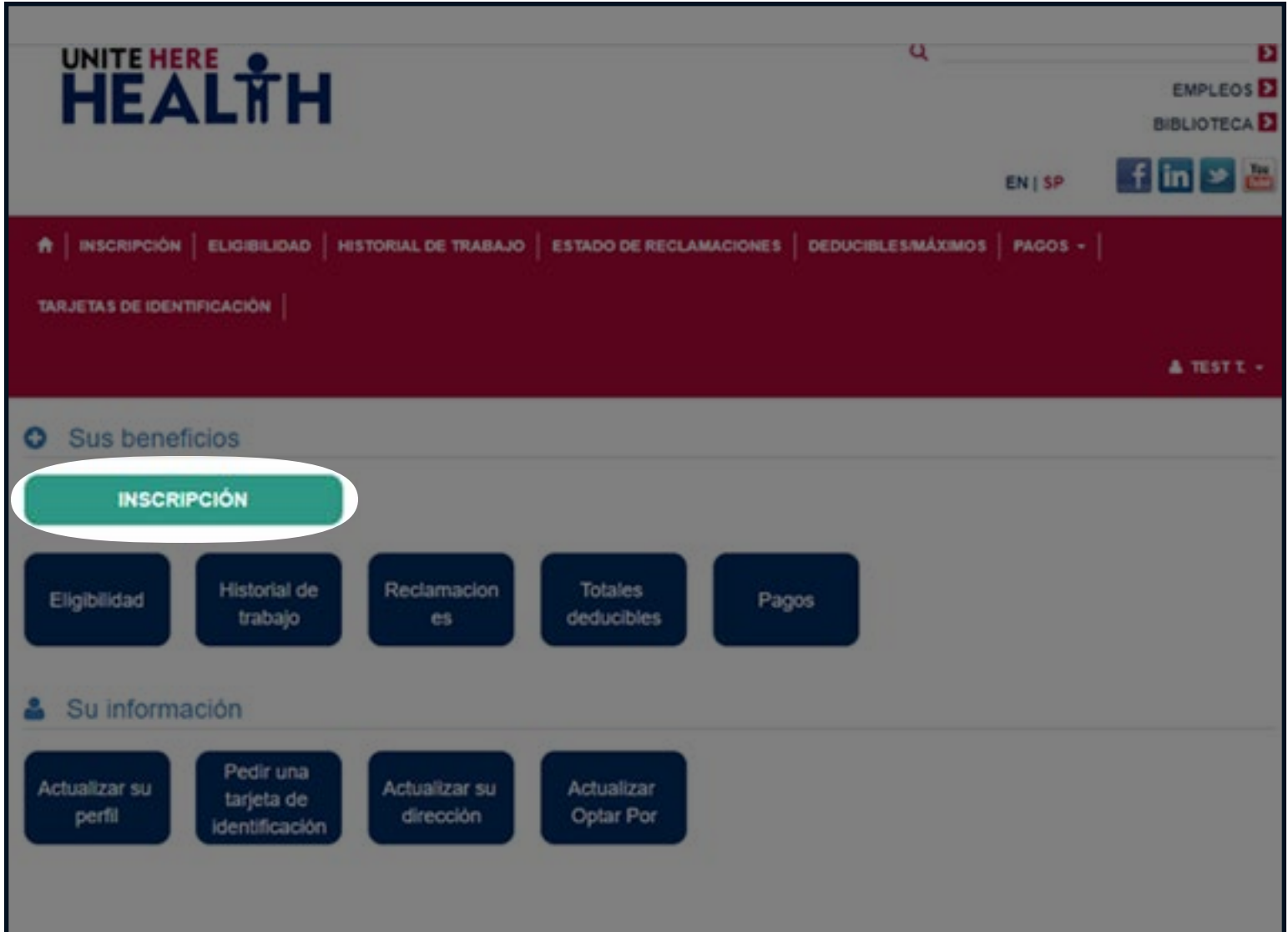
|                  |                                              |                                  |
|------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| Teléfono celular | <input type="text" value="(000) 000-0000"/>  | <input type="button" value="📞"/> |
| Email            | <input type="text" value="email@email.org"/> | <input type="button" value="✉"/> |
| Contactame por   | <input type="text" value="Select"/>          | *                                |
| Idioma           | <input type="text" value="English"/>         | *                                |

Estoy de acuerdo con los [Términos de uso](#). \*

**Registrarse**

# Inscripción

- Haga clic en **INSCRIPCIÓN** para inscribirse.



# Inscripción

- Haga clic en **Iniciar Inscripción** para comenzar su inscripción.

The screenshot shows the UNITE HERE HEALTH website interface. At the top left is the logo. On the right, there are links for EMPLEOS and BIBLIOTECA, social media icons for Facebook, LinkedIn, and Twitter, and a language selector set to EN | SP. A navigation bar contains links for INSCRIPCIÓN, ELIGIBILIDAD, HISTORIAL DE TRABAJO, ESTADO DE RECLAMACIONES, DEDUCIBLES/MÁXIMOS, PAGOS, and TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN. A user profile icon labeled TEST T is visible in the top right. The main content area is titled 'Inscripción' and includes the contact number (800) 419-4373. Below the title, it prompts the user to click on an employer, with a highlighted button for '672217 - GOOGLE BUILDINGS IN SANTA CLARA COUNTY'. Underneath, the 'Inscripción Abierta' section states that enrollment is open and provides a blue button with a left-pointing arrow and the text 'Iniciar Inscripción'. At the bottom, there is a table for 'Inscripción Actual' with columns for Tipo de Beneficio, Beneficio, Nivel de Cobertura, Cubierto, Relación, and Fecha de Nacimiento. The table currently displays the text 'No Hay Cobertura Actual'.

**Inscripción** Contáctenos: (800) 419-4373

Haga clic en el empleador al que desea inscribirse:

**672217 - GOOGLE BUILDINGS IN SANTA CLARA COUNTY**

**Inscripción Abierta**


Actualmente esta en inscripción abierta. Por favor haz clic "Iniciar Inscripción" para iniciar su inscripción.

**Iniciar Inscripción**

| Inscripción Actual      |           |                    |          |          |                     |
|-------------------------|-----------|--------------------|----------|----------|---------------------|
| Tipo de Beneficio       | Beneficio | Nivel de Cobertura | Cubierto | Relación | Fecha de Nacimiento |
| No Hay Cobertura Actual |           |                    |          |          |                     |



# Su información

- Revise y actualice su información, y después haga clic en **Siguiente** para continuar.
- Si cualquier información marcada con  no está correcta, llame a su línea directa de inscripción inmediatamente al (855) 321-4373.

INSCRIPCIÓN | ELIGIBILIDAD | HISTORIAL DE TRABAJO | ESTADO DE RECLAMACIONES | DEDUCIBLES MÁXIMOS | PAGOS

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

TEST E


Su Plazo de Inscripción Finaliza el 31 de Mayo


21:08:48


Su información


Por favor revise y actualice su información


\* indica un campo obligatorio


Primer Nombre 

Apellido 

Segundo Nombre 

Fecha de Nacimiento 

SSN 

Sexo 

Idioma de Preferencia \*  
Ingles

Inscripción ¿Preguntas?  
Llame (855) 869-8638

Beneficios ¿Preguntas?  
Llame (855) 404-6400

Ingrese su correo electrónico o número(s) de teléfono\*

Correo Electrónico

Teléfono

Teléfono Alt. 1

Teléfono Móvil

Teléfono Alt. 2

Su Dirección

Dirección 1 \*

Dirección 2

Dirección 3

Ciudad \*

Estado \*

Código Postal \*

Siguiente

# Seleccione una opción médica

- Si usted tiene dependientes, cambie su nivel de cobertura. **A**
- Seleccione **Platinum PPO/Rx** o **CA Kaiser HMO/Rx**.
- Haga clic en **Siguiente** para continuar.

**Recuerde:** No hay coprimas, todos los beneficios son pagados por su empleador.

1 2 3 4

### Seleccione Beneficios Médicos

Seleccione su cobertura: Familiar

- Individual
- Individual + hijo(s)
- Individual + cónyuge
- Familiar **A**

| Platinum PPO/Rx                                  | CA Kaiser HMO/Rx                                  |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Su costo por mes                                 | Su costo por mes                                  |
| Médicos: \$0.00                                  | Médicos: \$0.00                                   |
| Su Empleador Paga: \$2,460.47                    | Su Empleador Paga: \$1,924.17                     |
| Vea Nuestro Resumen de Beneficios                | Vea Nuestro Resumen de Beneficios                 |
| <input type="radio"/> Seleccione Platinum PPO/Rx | <input type="radio"/> Seleccione CA Kaiser HMO/Rx |

Inscripción ¿Preguntas?  
Llame (833) 508-9638

Beneficios ¿Preguntas?  
Llame (800) 419-4373

Con seleccionar cobertura médica usted también recibe cobertura de prescripciones!

**¿Qué pasa si No Me Inscribo Ahora?**

Si no se inscribe usted o sus dependientes ahora, debe esperar hasta la próxima inscripción abierta de su Plan, a menos que se le permita realizar una "Inscripción Especial."

**Inscripción Especial**

La inscripción especial significa que usted puede inscribirse en la cobertura antes de la próxima inscripción abierta de su Plan. Por ejemplo, si no se inscribió porque usted o sus dependientes ya tienen otra cobertura de salud, puede solicitar la Inscripción Especial en el Plan si termina esa otra cobertura médica. También puede solicitar la Inscripción Especial si se casa; tiene un hijo (nacimiento, adopción, colocación para adopción, o un niño se muda a los EE. UU. para vivir con usted); o si usted o su dependiente pierde o gana la elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños. Cuando ocurra cualquiera de estos eventos, debe comunicarse con UNITE HERE HEALTH con su solicitud de Inscripción Especial dentro de los 60 días.

Anterior Siguiente

# Agregue dependientes

(si es necesario)

- Agregue la información de sus dependientes y marque la casilla que dice **Cubierto** al lado de su **Primer Nombre**.
- Haga clic en **Guardar** del lado derecho.
- Haga clic en la casilla de **Reconocimiento de Selección de Dependiente**, y después haga clic en **Siguiente** para continuar.

*¡No olvide subir los documentos comprobantes de sus dependientes! (vea la próxima página para más detalles)*

**Información de Dependiente** Conozca qué son los documentos comprobantes

Agregue y seleccione los dependientes que le gustaría cubrir haciendo clic en el cuadro "Cubierto" junto al nombre de su dependiente.

\* Indica un campo obligatorio

| Cubierto                 | Nombre                                                        | Relación                           | Fecha de Nacimiento                                              | Seguro Social #                         | Deshabilitado                                                                   | Documentos de Comprobante |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Primer Nombre *<br><input type="text" value="Primer Nombre"/> | Relación *<br><input type="text"/> | Fecha de Nacimiento *<br><input type="text" value="mm/dd/yyyy"/> | Seguro Social #<br><input type="text"/> | Deshabilitado *<br><input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No | <input type="checkbox"/>  |
|                          | Segundo Nombre<br><input type="text" value="Segundo Nombre"/> | Sexo *<br><input type="text"/>     |                                                                  |                                         |                                                                                 |                           |
|                          | Apellido *<br><input type="text" value="Apellido"/>           |                                    |                                                                  |                                         |                                                                                 |                           |

¿Ella tiene otra cobertura? \*  
 Sí  No

**+ Agregar un Dependiente**

**Reconocimiento de Selección de Dependiente**

¡ADVERTENCIA! Asegúrese de que todos los dependientes que desea cubrir están en la lista aquí. Asegúrese de que la casilla debajo de "Cubierto" esté marcada. Para agregar un dependiente, haga clic en "Agregar dependiente".

Entiendo que mis dependientes no estarán cubiertos si no están en la lista y / o seleccionados anteriormente.

Inscripción ¿Preguntas?  
Llame (833) 569-9638

Beneficios ¿Preguntas?  
Llame (833) 484-8480

Q. ¿Quien es elegible para cobertura de dependiente?

Q. ¿Que son documentos de comprobante?

Q. ¿Cómo puede usted someter documentos de comprobante?

# Encuentre documentos comprobantes

Usted debe demostrar que cada dependiente que usted inscribe cumple con la definición del Fondo de dependiente.

**Aceptamos cualquiera de estos documentos de prueba; presente al menos uno:**

- Una copia certificada del acta de matrimonio.
- Una conmemoración de matrimonio por parte de una denominación generalmente reconocida de religión organizada.
- Una copia certificada del acta de nacimiento.
- Un acta de bautismo.
- Registros de nacimiento del hospital.
- Comprobante por escrito de adopción o tutela legal.
- Decretos de la corte que requieren que usted brinde beneficios médicos para un(a) niño(a) dependiente.
- Copias de su declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040 ó sus equivalentes).
- Documentación de estatus de dependiente emitida y certificada por el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS, por sus siglas en inglés).
- Documentación de estatus de dependiente emitida y certificada por una embajada extranjera.

---

*El nombre de usted o el de su cónyuge deben aparecer en el documento comprobante como padres del(la) hijo(a) dependiente.*

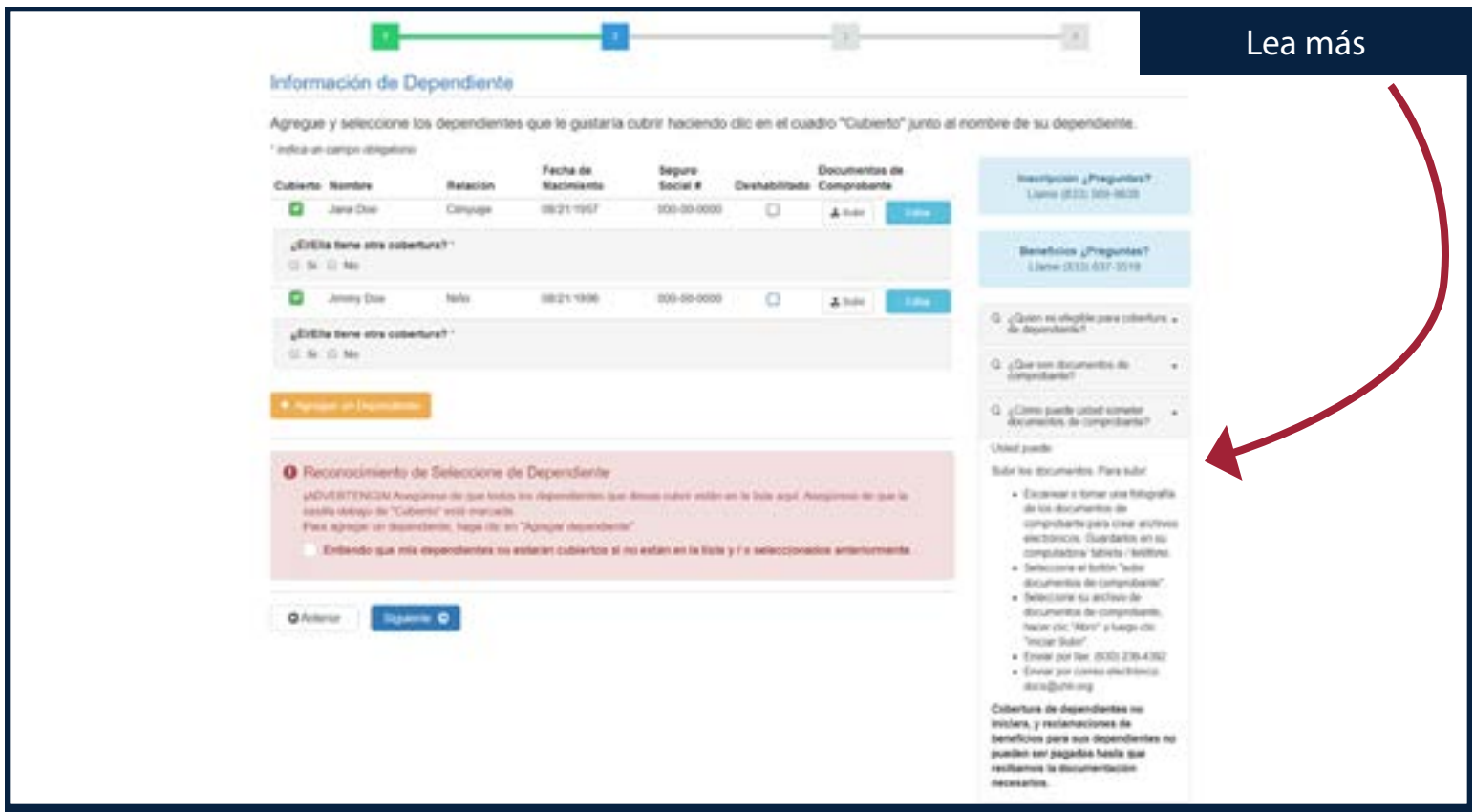
# Suba los documentos comprobantes

(cómo enviarnoslos para cobertura de dependientes)

- Haga clic en  Subir por cada dependiente, y después haga clic en **Siguiente** para continuar.

Usted puede usar su teléfono inteligente para inscribirse y subir los documentos comprobantes:

- Tome una foto del acta de nacimiento/matrimonio, etc.
  - Haga clic en “Subir” al lado del nombre del dependiente
  - Seleccione la foto que usted quiere utilizar
  - Envíe la foto y continúe
- O puede mandar sus documentos comprobantes por correo electrónico a [docs@uhh.org](mailto:docs@uhh.org).  
(Nosotros siempre tenemos cuidado con su información personal, pero el correo electrónico no siempre es privado o seguro — tenga esto en cuenta antes de enviar un correo electrónico a UNITE HERE HEALTH.)



Lea más

# Seleccione su opción dental

- **Seleccione** el plan dental que usted desea, y después haga clic en **Siguiente** para continuar.

Usted puede elegir diferentes niveles de cobertura para dental y visión. No tienen que coincidir con su opción médica. Usted obtendrá cobertura de Visión y Seguro de Vida y AD&D automáticamente.

Haga clic en [Resumen de Beneficios](#) para obtener información sobre cada opción.

**Beneficios Adicionales**

Por favor seleccione o renuncie a la opción a continuación. Haga clic en siguiente cuando todos los beneficios sean seleccionados y estén en verde.

**Dental**

Elige su cobertura: Familiar

Seleccione que opción desea a continuación:

| Dental PPO                       | Dental HMO                       |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Su costo por mes                 | Su costo por mes                 |
| \$0.00                           | \$0.00                           |
| <input type="radio"/> Selecciona | <input type="radio"/> Selecciona |

Por favor seleccione dependientes cubiertos:

| Cubierto                            | Nombre       | Relación | Fecha de Nacimiento |
|-------------------------------------|--------------|----------|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Unins        | Propia   |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Spouse, Test | Cónyuge  | 06/21/1990          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Child, Test  | Hijo     | 06/21/2019          |

[Vea Nuestro Resumen de Beneficios](#)

**Visión**

Elige su cobertura: Familiar

Seleccione que opción desea a continuación:

| Vision Plus                                 |
|---------------------------------------------|
| Su costo por mes                            |
| \$0.00                                      |
| <input checked="" type="radio"/> Selecciona |

Por favor seleccione dependientes cubiertos:

| Cubierto                            | Nombre       | Relación | Fecha de Nacimiento |
|-------------------------------------|--------------|----------|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Unins        | Propia   |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Spouse, Test | Cónyuge  | 06/21/1990          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Child, Test  | Hijo     | 06/21/2019          |

[Vea Nuestro Resumen de Beneficios](#)

**Vida y AD&D**

La cobertura está incluida

[Vea Nuestro Resumen de Beneficios](#)

Este es un estimado de tarifa. Basado en el acuerdo de negociación colectiva, los precios pueden cambiar. Contacta a tus representantes o a tu representante de unión para más información.

**¿Qué pasa si No Me Inscribo Ahora?**

Si no te inscribes antes a tus dependientes ahora, debes esperar hasta la próxima inscripción abierta de tu Plan, a menos que se le permita realizar una "inscripción Especial".

**Inscripción Especial**  
La inscripción especial significa que usted puede inscribirse en la cobertura antes de la próxima inscripción abierta de su Plan. Por ejemplo, si no se inscribió porque usted o sus dependientes ya tienen otra cobertura de salud, puede solicitar la inscripción Especial en el Plan si termina esa otra cobertura médica. También puede solicitar la inscripción Especial si se casa, tiene un hijo, fallecimiento, adopción, rotación para adopción, o un hijo se muda al EE. UU. para vivir con usted, o si usted o su dependiente pierde o gana la elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños. Cuando ocurre cualquiera de estos eventos, debe comunicarse con UH&TE HERE HEALTH con su solicitud de inscripción Especial dentro de los 30 días.

**¡** Ciertas estados proveen derechos de inscripción para otros dependientes, además de su cónyuge o hijos. Considere si usted tiene dependientes adicionales para incluir en su plan dental.

# Los beneficios que usted seleccionó

- Vea lo que usted seleccionó, y después seleccione la casilla de **Selección de Cobertura y Aceptación de Deducción de Nómina\***.
- Haga clic en **Siguiente** para continuar.

\* Su plan no tiene coprima; todos los **beneficios son pagados por su empleador.**

**Resumen de Beneficios**

Haz seleccionado la cobertura abajo.  
Da clic en "Cambiar" para cambiar tus opciones.

**CA Kaiser HMO/Rx** Cobertura Médica  
\$0.00 Para Médico  
Coberturas  
Unico  
[Cambiar](#)

**Dental PPO** Cobertura Dental  
\$0.00 para Dental  
Coberturas  
Unico  
[Cambiar](#)

**Vision Plus** Cobertura para la Vision  
\$0.00 Para Vision  
Coberturas  
Unico  
[Cambiar](#)

**Life and AD&D 20,000** Cobertura de Vida  
\$0.00 para Vida  
Coberturas  
Unico  
[Cambiar](#)

**Inscripción ¿Preguntas?**  
Llama (800) 262-9638

**Beneficios ¿Preguntas?**  
Llama (800) 454-5300

**Su costo por mes**  
**\$0.00**  
[Ver Detalles](#)

**Resumen de Beneficios y Coberturas**

- Planum PPO Medical
- Planum PPO Medical and Life Vision
- CA Kaiser HMO Medical
- CA Kaiser HMO Medical and Life Vision
- CA Kaiser HMO Medical and LA Dental-Cover
- CA Kaiser HMO Medical, LIFT Vision, and LA Dental-Cover

El Resumen de Beneficios y Coberturas (RBC) por sus datos es el primer paso en un proceso de selección de beneficios que puede incluir más detalles en los beneficios entre otros. Para ver el RBC de los planes para los que usted se registra, haga clic en los enlaces en el lado derecho de esta página. Algunos de los RBC, no obstante pueden incluir información acerca de los planes que los están considerando para usted. Si tiene alguna pregunta acerca de los tipos de inscripción que tiene o para solicitar una copia por correo del RBC, por favor llame al número de teléfono que figura en el recuadro azul de arriba.

Complete la inscripción en línea para garantizar la cobertura de salud. Su cobertura depende de lo siguiente: si usted cumple con los requerimientos de un Acuerdo de Negociación Colectiva; si su empleador está registrado a la Fianza basada en los términos de su acuerdo de negociación colectiva; y si usted y sus dependientes cumplen con los requerimientos de elegibilidad de plan descritos en la Descripción Resumida del Plan (SRP). Necesita le involucramos con prioridad su inscripción. Hay más información.

Este es un momento de acción. Basado en el acuerdo de negociación colectiva, algunos pueden cambiar. Contacte a su representante o a su representante de salud para más información.

**Aceptación de Deducción de Nómina**

Al hacer esta acción, confirma que la cobertura seleccionada es gratis. Además, si corresponde, autoriza a su empleador y Reduce de su pago de impuestos que debe pagar, si corresponde, por esta cobertura. Si no corresponde no deducir de su pago, excepto pagar esta cobertura. Por último, confirma que puede mantener esta deducción de cobertura en cualquier momento considerando a su empleador.

Estoy de Acuerdo.

**Kaiser Attribution Acknowledgment**

Para aceptar Kaiser atribución agreement

Estoy de Acuerdo.

[Inscripción](#)

[Anterior](#) [Siguiente](#)

# Reciba su información electrónicamente

- ¡Ayúdenos a ser más ecológicos! Opte por recibir su información electrónicamente.
- Haga clic en **Siguiente** para continuar.

¡También regístrese para mensajes de texto y correos electrónicos para obtener información útil sobre sus beneficios de salud!

The screenshot shows a registration form with a progress bar at the top indicating four steps. Step 3 is highlighted in blue, and the text below reads "¡Usted esta por terminar!". The form contains the following elements:

- Text:** "Inscríbese para la entrega electrónica para recibir avisos como el Resumen de las Modificaciones a los Materiales (SMM, según sus iniciales en inglés) la Descripción Resumida del Plan (SPD, según sus iniciales en inglés) y, en algunos casos, el Resumen de Beneficios y Cobertura por mensaje de texto o correo electrónico en lugar de correo ordinario. Usted debe tener un teléfono celular, dirección de correo electrónico, acceso a Internet y la capacidad de ver archivos PDF. Visite [uhh.org/SMM](http://uhh.org/SMM) para conocer los términos de uso de mensajes de texto."
- Authorization:** "Autorizo al Fondo a enviar actualizaciones y cambios del plan a través de:"
- Options:** Radio buttons for "Texto", "correo electrónico", and "Ambos". The "Ambos" option is selected.
- Text Message Settings:** A section titled "Esoja a que número telefónico enviar los mensajes de texto:" with three radio button options: "Teléfono Móvil" (with a text input field containing "1111111111"), "Teléfono Alt. 1", and "Teléfono Alt. 2".
- Email Settings:** A section titled "Utilice la siguiente dirección de correo electrónico:" with a radio button for "Correo Electrónico" and a text input field containing "fake@fake.org".
- Disclaimer:** A checkbox for "No deseo recibir ninguna comunicación por texto o correo electrónico". Below it, a paragraph of legal terms: "Acepto recibir los documentos legalmente requeridos de UNITE HERE HEALTH a través de la opción elegida anteriormente. Entiendo que puedo dejar de recibir correos electrónicos o mensajes de texto en cualquier momento. También puedo solicitar una copia impresa sin cargo llamando al Fondo. Al inscribirme para recibir correo electrónico, confirmo que tengo una dirección de correo electrónico que funciona, acceso a Internet y la capacidad de abrir y ver archivos PDF. Al inscribirme para recibir mensajes de texto, reconozco que la información protegida de salud (o PHI, según sus iniciales en inglés) no está encriptada ni es segura. Acepto notificar al Fondo de inmediato si cambia mi número de teléfono celular. Reconozco que mi proveedor de servicios móviles puede cobrar tarifas de mensajes y datos. Acepto todos los términos de uso del programa de mensajes de texto del Fondo."
- Navigation:** Buttons for "Anterior" and "Siguiente". The "Siguiente" button is highlighted in blue.
- Support Links:** Two light blue buttons on the right: "Inscripción ¿Preguntas? Llame (833) 569-9658" and "Beneficios ¿Preguntas? Llame (855) 484-6480".



# Cuestionario de salud

- Complete nuestro cuestionario de salud.
- Haga clic en **Siguiente** para continuar.

¡Este cuestionario nos ayudará a brindarle información sobre programas y servicios gratuitos.

## Chequeo de Bienestar de Salud

Por favor conteste las siguientes preguntas si usted tiene el plan médico:

1 . Un médico personal es el que usted vería si necesita un chequeo, si desea consejos sobre un problema de salud o si se enferma/lastima. ¿Tiene usted un médico personal?

No  Sí

2 . ¿Quiere ayuda para encontrar un médico personal para usted o alguien en su familia que esté cubierto por este plan médico?

No  Sí

3 . Marque la casilla al lado de cualquier condición que usted tenga:

- Depresión/Ansiedad
- Presión Arterial Alta
- Diabetes
- Cáncer

◀ Anterior

Siguiente ▶

# Beneficiario del seguro de vida

- Complete la información de los [Beneficiarios Principales del Seguro de Vida](#).
- Haga clic en **Siguiente** para continuar.

Un beneficiario principal es la persona a la que usted desea que le paguemos si usted fallece. Puede agregar más de un beneficiario principal si desea que se comparta el pago.

*Asegúrese de que el total de la suma de los porcentajes de todos los beneficiarios principales sea 100%.*

### Beneficiario para Seguro de Vida

Información del Participante/Asegurado

|                                                                |                                                 |                                           |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Primer Nombre<br><input type="text" value="Test"/>             | Apellido<br><input type="text" value="TEST11"/> | Segundo Nombre<br><input type="text"/>    |
| Fecha de Nacimiento<br><input type="text" value="09/22/1999"/> | SSN<br><input type="text" value="326-85-8585"/> | Sexo<br><input type="text" value="Male"/> |

[Inscripción ¿Preguntas?  
Lláme \(833\) 563-9638](#)

[Beneficios ¿Preguntas?  
Lláme \(833\) 434-6480](#)

### Beneficiarios Principales del Seguro de Vida

|                      |                         |                                         |                         |
|----------------------|-------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| Apellido *           | Segundo Nombre          | Primer Nombre *                         | <a href="#">Remover</a> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                    |                         |
| Relación *           | Número de Seguro Social | Fecha de Nacimiento                     |                         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text" value="mm/dd/yyyy"/> |                         |
| Dirección 1 *        | Dirección 2             | Dirección 3                             |                         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                    |                         |
| Ciudad *             | Estado *                |                                         |                         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    |                                         |                         |
| Código Postal *      | Teléfono                | Porcentaje de los Beneficios            |                         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text" value=""/>           | %                       |

[Agregar Beneficiario Principal](#)

[Agregar Beneficiario Secundario](#)

[Anterior](#) [Siguiente](#)

# ¡Usted está inscrito(a)!

- **Recuerde:** ¡Los dependientes no quedan inscritos hasta que se presenten y aprueben sus documentos comprobantes!
- Usted puede ingresar a su cuenta en cualquier momento para revisar su información o completar tareas adicionales.

Felicitaciones Test Test11!

Ha completado exitosamente su proceso de inscripción. [Editar inscripciones](#)

Estos son sus siguientes pasos:

- Presente Documentos de Prueba [Más información](#)
- Complete su forma de beneficiario para seguro de vida [Más información](#)
- Complete su chequeo de bienestar de salud [Más información](#)

Herramientas Adicionales:

- Imprima sus detalles de inscripción [Más información](#)
- Vea su Descripción Resumida del Plan (SPD) [Más información](#)
- Encuentre un proveedor [Más información](#)

[Inscripción ¿Preguntas? Llame \(833\) 569-9658](#)

[Beneficios ¿Preguntas? Llame \(855\) 481-8480](#)

[Fax: \(630\) 236-4350](#)

[Anterior](#) [Salir](#)

# ¿Necesita ayuda?

**¡Llámenos!**

*Línea directa de inscripción:*

**(855) 321-4373**

Lunes – Viernes

8:00 a.m. – 4:30 p.m. Tiempo del Centro

Para más información sobre su plan, visite **[www.uhh.org/local19](http://www.uhh.org/local19)**