

직원 신청서/Employee Enrollment Form

신속한 등록을 위해, 해당하는 모든 사항을 정확하게 작성해 주십시오./To speed the enrollment process, please be thorough and fill out all sections that apply.

그룹명/번호/Group Name/Number

고용주가 작성하십시오/ To Be Completed by Employer

보험 효력 발생 요청 날짜/ 변경 날짜/Requested Effective Date of Coverage/
Date of Change / /

고용 날짜/Date of Hire / /

직위/직함/Position/Title

주당 근무시간/Hours Worked per week

연봉/Salary \$

연봉에 따른 생명보험인 경우에만 작성/
Required only if Life Plan based on salary

신청 이유/Reason for Application

신규 그룹 플랜/New Group Plan

신규 채용/New Hire

중요 이벤트/날짜/Life Event/Date

연례 등록 기간/Annual Open Enrollment

신분 변경/Status Change

부양가족 추가/제거/Dependent Add/Delete

이름/주소 변경/Change Name/Address

지각 등록 신청자/Late Enrollee

기타/Other

직원 타입(모든 해당사항에 체크하십시오)/
Employee Type (Check all that apply)

현재 고용/Active

COBRA/주(州) 지속보장/
COBRA/State Continuation

시작 날짜/Start dt __/__/__

종료 날짜/End dt __/__/__

시급/Hourly 연봉/Salary

조합/Union 비조합/Non-Union

은퇴/Retired

기타/Other

A. 직원 정보/Employee Information

성/Last Name

이름/First Name

중간 이름/MI

소셜시큐리티번호/
Social Security Number

집전화/Home Phone
직장전화/Work Phone

주소/Address

아파트 #/Apt #

시/City

주/State

우편번호/Zip Code

이메일 주소/Email Address

생년월일/Date of Birth
/ /

성별/Sex
 남/M
 여/F

신장/Height

체중/Weight

지난 12 개월간 흡연 여부/
Used tobacco in the last
12 months?
 예/Yes 아니오/No

영어가 아닌 경우, 선호하는 언어/
Language preference, if not English

결혼 여부/Marital Status
 미혼/Single
 기혼/Married
 이혼/Divorced
 사별/Widowed

주치의(이름과 성)/ID # (HMO인 경우에만)/
(First & Last Name)/ ID # (HMO use only)

치과 주치의(이름과 성)/ID # (DMO인 경우에만)/
Primary Care Dentist (First & Last Name)/ ID # (DMO use only)

의사소통 또는 읽기 능력에 영향을 미치는 장애가 있습니까?/Do you have a disability affecting your ability to communicate or read?

예/Yes 아니오/No

HMO 여성 가입자는 산부인과를 의무적으로 선택할 필요가 없습니다. 산부인과 진료는 주치의, 일차 진료 제공자 또는 산부인과 의사에게서 받을 수 있습니다./HMO Female enrollees are not required to select an obstetrician or gynecologist. Obstetrical or gynecological care can be received from her primary care physician, primary care provider or an obstetrician or gynecologist.

B. 가족 정보/Family Information **모든 가입자에 대해 작성하십시오 (필요한 경우 별도 용지를 첨부하십시오)/**
List All Enrolling (Attach sheet if necessary)

성/ Last Name	이름/ First Name	중간 이름/MI	성별/ Sex	가입자와의 관계/ Relationship	생년월일/ Birthdate	신장/ Height	체중/ Weight	정규학생/ Full Time Student	주치의(이름/ID#) HMO인 경우에만/Physician (Name/ID#) HMO use only	흡연여부/ Tobacco Used
쇼셜시큐리티번호/Social Security Number									치과 주치의(이름/ID#) DMO인 경우에만/Primary Care Dentist (Name/ID#) DMO use only	
			남/M 여/F	배우자/ Spouse						<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No
			남/M 여/F	부양 가족/ Dependent				<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No		<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No
			남/M 여/F	부양 가족/ Dependent				<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No		<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No
			남/M 여/F	부양 가족/ Dependent				<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No		<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No

C. 상품 선택/Product Selection **모든 해당사항에 체크하십시오. 제공되는 혜택은 고용주의 선택에 따라 달라집니다./**
Please check all that apply. Benefit offerings are dependent upon employer selection. **듀얼 옵션 플랜 선택/ Dual Option Plan elected**

당사자/ Person	의료/ Medical	치과/ Dental	안과/ Vision	생명보험/금액/ Life/Amount	추가 생명보험 Life/ Sup Life	추가 AD&D/ Sup AD&D	STD/ STD	LTD/ LTD	의료/ Medica	치과/ Dental
고용인/ Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
배우자/ Spouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
부양 가족/ Dependents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

생명보험 수혜자 이름과 주소/Life Insurance Beneficiary's Full Name and Address _____
 가입자와의 관계/Relationship _____

보험 혜택은 "UnitedHealthcare 및 자회사들" 에서 제공합니다./Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":
 의료보험은 United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity 보험) 또는 United HealthCare of Texas, Inc. (HMO)에서 제공합니다./
 Medical coverage provided by United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity) or United HealthCare of Texas, Inc. (HMO)
 치과보험은 United HealthCare Insurance Company (indemnity 보험) 또는 National Pacific Dental, Inc. (DMO)에서 제공합니다./
 Dental coverage United HealthCare Insurance Company (indemnity) or National Pacific Dental, Inc. (DMO)
 생명보험은 United HealthCare Insurance Company 또는 Unimerica Insurance Company 에서 제공합니다./Life Insurance coverage provided
 by United HealthCare Insurance Company or Unimerica Insurance Company
 안과보험은 United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity 보험) 또는 Unimerica Insurance Company (PPO, indemnity보장)에서
 제공합니다./Vision coverage provided by United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity) or Unimerica Insurance Company
 (PPO, indemnity)

D. 이전 의료 보험 정보/Prior Medical Insurance Information **이전 의료 보험의 크레딧을 받기 위해 본 섹션을 반드시 작성하여야 합니다./**
This section must be completed to receive credit for prior medical coverage.

지난 12개월 동안 여러분, 배우자 또는 부양가족이 다른 의료 보험 혜택을 받은 적이 있습니까?/Within the last 12 months, have you,
 your spouse, or your dependents had any other medical coverage?
 아니오/NO 예 ("예"라고 답한 경우 이 섹션을 작성해 주십시오)/YES (if yes, please complete this section.)
 이전 의료 보험사 이름/Prior medical carrier name _____
 발효일/Effective date ____/____/____ 종료일/End date ____/____/____
 이전 커버리지 타입/Prior coverage type: 직원/Employee 배우자/Spouse 자녀(들)/Child(ren) 가족/Family

E. 기타 의료 혜택 정보/Other Medical Coverage Information

**이 섹션은 반드시 작성하여야 합니다. (필요한 경우 별지로 첨부하십시오)/
This section must be completed. (Attach sheet if necessary.)**

본 의료 보험 혜택이 시작하는 날, 여러분, 배우자 또는 부양가족은 다른 UnitedHealthcare 플랜 또는 메디케어를 포함하여 다른 의료보험 플랜이나 폴리스의 적용을 받습니까?/On the day this coverage begins, will you, your spouse or any of your dependents be covered under any other medical health plan or policy, including another UnitedHealthcare plan or Medicare?

예 (이 섹션을 계속 작성하십시오)/YES (continue completing this section) 아니오 (다음 섹션으로 넘어가십시오)/NO (skip the rest of this section)

기타 보험사 이름/Name of other carrier _____

기타 그룹 의료 보험 정보 (다른 플랜에서 커버되는 사람만 작성)/ Other Group Medical Coverage Information (only list those covered by other plan)	타입 (B/S/F)/ Type (B/S/F)*	발효일 월/일/년/ Effective Date MM/DD/YY	종료일 월/일/년/ End Date MM/DD/YY	다른 플랜에서 커버되는 가입자 이름과 생일/ Name and date of birth of policyholder for other coverage
직원/Employee:				
배우자 성명/Spouse Name:				
피부양자 성명/Dependent Name:				
피부양자 성명/Dependent Name:				
피부양자 성명/Dependent Name:				

*B.여러분과 배우자 보험 플랜 (기혼)에서 커버되는 피부양자인 경우 'B' 라고 작성하십시오./Enter 'B' when this dependent is covered under both you and your spouse's insurance plan (married).

S. 피부양자에 대해 양육권이 있는 부모이며 피부양자의 의료비를 다른 사람이 지불할 필요가 없을 경우 'S' 라고 작성하십시오./ Enter 'S' if you are the parent awarded custody of this dependent and no other individual is required to pay for this dependent's medical expenses.

F. 가족 구성원이 아닌 다른 사람이 피부양자를 커버하고 피부양자의 의료비를 다른 사람이 지불해야 하는 경우 'F' 라고 작성하십시오./ Enter 'F' if this dependent is covered by another individual (not a member of your household) required to pay for this dependent's medical expenses.

메디케어 – 직원 정보/
Medicare – Employee Information:

메디케어 가입자인 경우 메디케어 ID 카드 사본을 첨부하십시오./
If enrolled in Medicare, please attach a copy of your Medicare ID card.

파트 A 가입: 발효일/
Enrolled in Part A: Effective Date _____

파트 A 부적격/
Ineligible for Part A*

파트 A 미가입 (미가입 선택)/
Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)**

파트 B 가입: 발효일/
Enrolled in Part B: Effective Date _____

파트 B 부적격/
Ineligible for Part B*

파트 B 미가입 (미가입 선택)/
Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)**

파트 D 가입: 발효일/
Enrolled in Part D: Effective Date _____

파트 D 부적격/
Ineligible for Part D*

파트 D 미가입 (미가입 선택)/
Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)**

메디케어 유자격 사유/Reason for Medicare eligibility: 65세이상/Over 65 신장병/Kidney Disease 장애/Disabled
 장애가 있지만 일은 할 수 있음/Disabled but actively at work

사회보장장애보험(SSDI)을 받고 있습니까?/Are you receiving Social Security Disability Insurance (SSDI)? 예/YES 아니오/NO
시작일/Start Date ___ / ___ / ___

메디케어 – 배우자/피부양자 성명/Medicare – Spouse/Dependent Name: _____

파트 A 가입: 발효일/
Enrolled in Part A: Effective Date _____

파트 A 부적격/
Ineligible for Part A*

파트 A 미가입 (미가입 선택)/
Not Enrolled in Part A (chose not to enroll)**

파트 B 가입: 발효일/
Enrolled in Part B: Effective Date _____

파트 B 부적격/
Ineligible for Part B*

파트 B 미가입 (미가입 선택)/
Not Enrolled in Part B (chose not to enroll)**

파트 D 가입: 발효일/
Enrolled in Part D: Effective Date _____

파트 D 부적격/
Ineligible for Part D*

파트 D 미가입 (미가입 선택)/
Not Enrolled in Part D (chose not to enroll)**

메디케어 유자격 사유/Reason for Medicare eligibility:
 65세이상/Over 65 신장병/Kidney Disease 장애/Disabled 장애가 있지만 일은 할 수 있음/Disabled but actively at work

*사회보장국에서 메디케어에 부적격이라는 통보를 받은 경우에만 “부적격” 에 체크하십시오./Only check “Ineligible” if you have received documentation from your Social Security benefits that indicate that you are not eligible for Medicare.

**그룹 폴리스 혜택 전에 메디케어에서 지불하는 메디케어 유자격자인 경우, 해당하는 메디케어 파트 A, 파트 B 및/또는 파트 D 혜택에 가입하고 이를 유지해야 합니다./If you are eligible for Medicare on a primary basis (Medicare pays before benefits under the group policy), you should enroll in and maintain coverage under Medicare Part A, Part B, and/or Part D as applicable.

F. 의료 기록/Medical History

직원 성명/Employee Name _____ 쇼셜시큐리티번호/SSN _____

그룹명/Group Name _____

이 신청서 두 번째 장의 섹션 B “가족 정보” 에 포함된 모든 사람과 여러분에 대해 다음 질문에 답해 주십시오. 빠짐없이 사실대로 작성해 주십시오. **정보가 누락 또는 허위로 작성된 경우 보험료가 변경될 수 있음을 유의해 주십시오.** /Please answer the following questions for yourself and each person listed in Section B “Family Information” on the second page of this form. Please answer completely and truthfully. **Please note that, if you leave out or misrepresent information, we may change your premium.**

예/Yes 아니오/No 지난 10년 동안 여러분이나 신청서 상에 기재된 가족이 심각한 질병으로 치료받은 적이 있습니까? 심각한 질병으로는 다음을 포함하지만 이에 한정되는 것은 아닙니다. 암, 당뇨병, 다발성 경화증, HIV/AIDS, 정신/신경질환, 선천성 기형, 장기 또는 기타 이식, 혈우병, 간, 신장, 폐 심장/순환계 질환; 또는 수술을 받거나 \$5,000 을 초과하는 의료/의약품 클레임을 제기하였습니까? 또는 현재 임신 중인 사람이 있습니까?/In the last 10 years have you or any member of your family listed on this application been treated for a serious illness? Examples include, but are not limited to any of the following: cancer, diabetes, multiple sclerosis, HIV/AIDS, mental/nervous disorders, congenital birth defects, organ or other transplants, hemophilia, diseases of the liver, kidney, lungs, heart/circulatory system; or has anyone had surgery or incurred medical/pharmacy claims in excess of \$5,000 or is anyone currently pregnant?
‘예’ 라고 답한 경우 다음 페이지에 구체적인 사항을 작성해 주십시오./If yes, please provide details on next page.

상기 질문에 “예”라고 답한 사항에 대해 구체적으로 작성해 주십시오./Please give details to any “yes” answer above. (추가 공간이 더 필요한 경우, 별도의 용지에 작성하고 별도용지에 날짜를 쓰고 서명하십시오)/If additional space is required, please attach a separate sheet and be sure to date and sign that sheet.)

당사자/ Person	증상/진단/ Condition/Diagnosis	치료/의약품/ Treatment/Meds	의사 성명/ Physician's Name	치료 날짜/ Dates Treated	예후/ Prognosis

**G. 커버리지 면제/
Waiver of Coverage**
 다음에 대해 모든 커버리지를 거절합니다./ I decline all coverage for:
 본인/Myself
 배우자/Spouse
 부양 자녀/Dependent Children
 본인과 모든 피부양자/ Myself and all dependents

기존의 다른 커버리지로 인한 커버리지 거절/
Declining coverage due to existence of other coverage:
 배우자 고용주 플랜/Spouse's Employer's Plan
 개인 보험 플랜/Individual Plan
 메디케어에서 보장/Covered by Medicare
 메디케이드/Medicaid
 이전 고용주의 COBRA/COBRA from Prior Employer
 VA 유자격/VA Eligibility
 Tri-Care
 본인(우리)은 현재 다른 보험 커버리지 없음/
I (we) have no other coverage at this time
 기타/Other _____

본인은 현재 커버리지를 면제함으로써, 삶이 변화할 만한 상황이 아닌 한, 해당하는 경우, 다음 가입 기간 또는 지각 가입을 할 수 없다는 것을 알고 있습니다. 본 신청서와 함께 받은 권리와 의무 브로셔에서 설명한 대로 기존 증상에 대한 제한 (PPO)이 적용될 수도 있다는 점 또한 이해하고 있습니다./I understand that by waiving coverage at this time, I will not be allowed to participate unless I experience a life change event, at the next open enrollment period or as a late enrollee, if applicable. I also understand that pre-existing limitations (PPO) may apply as explained in the Rights and Responsibilities brochure which I have received with this form.

날짜/Date _____ 커버리지를 면제하는 경우 직원 서명/Employee Signature if waiving coverage _____

H. 서명/Signature

본인은 United HealthCare Insurance Company 와 자회사들에서 ("UnitedHealthcare 및 자회사들") 본인의 의료기록, 클레임 또는 혜택 기록에 포함된 개인을 식별할 수 있는 건강정보를 포함하여 본인의 의료기록, 클레임 또는 혜택 기록을 수집, 이용 및 공개하도록 동의합니다. 본인은 이러한 기록이 의약품 이용, 음주, HIV/AIDS, 정신 건강 (심리요법 제외), 성병과 임신관련 의료 서비스 뿐 아니라 의료 서비스 제공자를 포함하여 다른 사람 또는 기관에서 작성된 정보를 포함할 수 있다는 점을 이해하고 있습니다. 본인은 의료 서비스 제공자, 의약품 혜택 매니저, 다른 보험사 또는 재보험사, 병원, 클리닉 또는 기타 의료 시설, 의료 서비스 정보센터와 기타 자회사들, 대리인 또는 비즈니스 단체가 본인의 정보를 UnitedHealthcare 및 자회사들에 공개하도록 동의합니다. 본인은 본인의 정보 공개와 이용의 목적이 UnitedHealthcare 및 자회사들에서 적격, 가입, 증권인수 및 보험료 위험도 산정에 대한 결정을 내리기 위한 것임을 이해하고 있습니다. 본인은 이러한 동의를 자발적으로 하였으며 동의를 거절할 수 있었음을 이해하고 있습니다. 그러나 본인이 동의를 거절하는 것이 법에 의해 허용되는 경우, 본인의 등급이나 혜택에 영향을 미칠 수도 있습니다. 본인은 동의에 따라 이미 활동이 이루어진 경우를 제외하고 언제나라도 UnitedHealthcare 및 자회사들 대리인에게 서면으로 통보함으로써 동의를 철회할 수 있다는 것을 이해하고 있습니다. HIPAA에 따라 UnitedHealthcare 및 자회사들은 본인이 행하고 있는 다음에 대해 본인이 인지하고 있다는 사실을 요청하고 있습니다. 본인은 본인이 개인 또는 단체가 수집하거나 이용하도록 동의한 정보가 재공개될 수 있으며 더 이상 연방 프라이버시 규정의 보호를 받지 못한다는 것을 이해하고 있습니다. 더 빨리 종료되지 않는다면, 이러한 동의는 서명한 지 30개월 후 종료합니다./I authorize United HealthCare Insurance Company and its affiliates ("UnitedHealthcare and Affiliates") to obtain, use and disclose my medical, claim or benefit records, including any individually identifiable health information contained in these records. I understand these records may contain information created by other persons or entities (including health care providers) as well as information regarding the use of drug, alcohol, HIV/AIDS, mental health (other than psychotherapy notes), sexually transmitted disease and reproductive health services. I authorize any health care provider, pharmacy benefit manager, other insurer or reinsurer, hospital, clinic or other medical facility, health care clearinghouse, and any of their affiliates, representatives or business associates, to disclose my information to UnitedHealthcare and Affiliates. I understand the purpose of the disclosure and use of my information is to allow UnitedHealthcare and Affiliates to make decisions regarding eligibility, enrollment, underwriting and premium risk rating. I understand this authorization is voluntary and I may refuse to sign the authorization. My refusal may, however, affect my rates or benefits, if permitted by law. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying my UnitedHealthcare and Affiliates representative in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. As required by HIPAA, UnitedHealthcare and Affiliates also request that I acknowledge the following, which I do: I understand that information I authorize a person or entity to obtain and use may be re-disclosed and no longer protected by federal privacy regulations. This authorization, unless revoked earlier, expires 30 months after the date it is signed.

본인은 생명보험과 건강 보험 공동 신청서를 작성하였으며 빠짐없이 사실만을 작성하였습니다. 본인(우리)은 상기 그룹 의료 보험을 본인과 플랜에서 제공하는 경우 피부양자를 위해 신청합니다. 본인은 급여에서 필요한 보험료를 공제하도록 동의합니다. 본인(우리)은 본 신청서에 포함되지 않은 건강 정보를 다른 에이전트나 개인에게 주지 않았습니다. 본인(우리)은 본인(우리)이 다른 에이전트 또는 다른 개인에게 한 진술에 대해 이러한 진술이 본 신청서에 작성되었거나 첨부되지 않은 경우 UnitedHealthcare 및 자회사들을 구속하지 않는다는 것을 이해하고 있습니다. 본인의 기록을 위해 본 동의서 사본을 가지고 계십시오./I understand that I am completing a joint life and health application and that each response must be complete and accurate. I (we) request the indicated group medical coverage for myself and, if the plan provides, for my dependents. I authorize any required premium contributions to be deducted from earnings. I (we) have not given the agent or any other persons any health information not included on the application. I (we) understand that UnitedHealthcare and Affiliates is not bound by any statements I (we) have made to any agent or to any other persons, if those statements are not written or printed on this application and any attachments. Please maintain a copy of this authorization for your records.

날짜/Date	적용되는 모든 사항에 대해 직원 서명/ Employee Signature for all applying	배우자 서명 (커버리지에 적용되는 경우)/ Spouse Signature (if applying for coverage)
---------	--	--

I. 인구 정보 (선택사항)/Census Information (optional)

주: 본 설문은 선택사항이며 필수사항은 아닙니다. 본 섹션에서 수집되는 데이터는 가입자와의 커뮤니케이션에 도움이 되고 가입자들의 복지(well-being)를 증진할 수 있는 프로그램을 소개하기 위해서만 이용됩니다. 본 정보는 적격심사 절차에 이용되지 않습니다./NOTE: Responding to this question is optional and is not required. Data collected in this section will be used only to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their well-being. This information will not be used in the eligibility process.

1. 인종, 모든 해당사항에 체크하십시오/Race, check all that apply:
- 백인/White
 - 흑인, 아프리카인/Black, African-American
 - 아메리칸 인디언/알래스카 원주민/American Indian/Alaska Native
 - 아시아인/Asian
 - 하와이 원주민/태평양 도서국/Native Hawaiian/Pacific Islander
 - 기타 인종의 경우 구체적으로 작성해 주십시오/Other Race, please specify _____
2. 귀하는 히스패닉 또는 라틴 태생입니까?/Are you of Hispanic or Latino origin? 예/Yes 아니오/No