

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

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

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

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

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

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

Adjunte una declaración escrita y firmada por la empresa si solicita una fecha de vigencia de cobertura que no sea la misma que la fecha de vigencia del empleado. No se puede garantizar la fecha de vigencia./Attach a written and signed statement by the employer for a requested coverage effective date other than employee effective date. Effective date may not be guaranteed.

Antecedentes Médicos/Medical History

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

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

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

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

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

Información sobre la Cobertura Médica Anterior/Prior Medical Coverage Information

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

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

Nombre de la Compañía de Seguros/Insurance Company Name _____

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

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

Motivo de la Cancelación/Reason for Termination _____

¿Quién está cubierto?/Who was covered? _____

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

Firma/Signature

Declaro que todos los datos incluidos en todo este formulario, y en cualquier otro formulario de solicitud de cobertura y/o de administración de seguro de salud que llené en los últimos 90 días y fue entregado a All Savers, son verdaderos y correctos, y que no he ocultado ni omitido ninguna información importante. Entiendo y acepto que el Patrocinador del Plan no está sujeto a ninguna declaración realizada por un representante o hecha a éste a menos que se incluya aquí por escrito. Acepto que no entrará en vigencia ningún beneficio médico hasta la fecha especificada en el Resumen de Descripción del Plan. Si en este momento renuncio a la cobertura médica para mí y/o para mis dependientes, he leído la disposición completa de Renuncia y entiendo los requisitos de inscripción si en el futuro presento una solicitud para inscribirme en dicha cobertura./I declare all statements contained in this entire form, and in any other health insurance administration and/or coverage application form that I completed within the last 90 days that was provided to All Savers, are true and correct and that no material information has been withheld or omitted. I understand and agree that the Plan Sponsor is not bound by any statement made by or to any agent unless written herein. I agree that no medical benefits will be effective until the date specified in the Summary Plan Description. If I am now waiving medical coverage for myself and/or for my dependents, I have read the entire Waiver provision and understand the enrollment requirements if I make a request for such coverage at a later date.

La cobertura entra en vigencia solamente después de la aprobación y del cumplimiento de cualquier período de prueba./Coverage is effective only after approval and satisfaction of any probationary period.

En algunos estados, cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o administrador de plan, presente un formulario de inscripción o un reclamo que contenga información sustancialmente falsa puede ser culpable de fraude, que es un delito./In some states, any person who, knowingly and with intent to defraud an insurance company or plan administrator, submits an enrollment form or files a claim containing any materially false information may be guilty of fraud, which is a crime.

Todas las páginas deben estar adjuntas y completas, incluida esta autorización, para que el formulario de inscripción se considere completo. Es posible que los formularios de inscripción incompletos sean rechazados./All pages must be attached and complete, including this authorization, for the enrollment form to be considered complete. Incomplete enrollment forms may be rejected.

Autorización para Divulgar Información Médica con Fines de Inscripción/Authorization to Disclose Medical Information for Enrollment

Por medio del presente documento autorizo a aquellos médicos, profesionales médicos, hospitales, clínicas, establecimientos de administración de veteranos, administradores de beneficios farmacéuticos, servicios de información médica, centros de atención de urgencia y otras entidades médicas o médicamente relacionadas, compañías de seguros o de reaseguro y agencias de informes crediticios que posean información disponible con respecto a la condición de salud física actual o anterior, incluido el abuso de drogas o de alcohol, y/o el tratamiento de mi persona o mis dependientes propuestos para la cobertura, a divulgar todos y cada uno de esos datos, que incluyen pero no se limitan a, registros médicos, notas de proveedores de atención de la salud, análisis de laboratorio y resultados, diagnósticos, tratamiento y pronósticos. Entiendo que la información obtenida por medio de esta autorización se puede usar para determinar la elegibilidad para la emisión de la cobertura de salud para mí y para mis dependientes. Esta autorización no se aplica a las notas de psicoterapia./I hereby authorize those physicians, medical practitioners, hospitals, clinics, veterans administration facilities, pharmacy benefit managers, medical information services, urgent care facilities, and other medical or medically related entities, insurance or reinsurance companies, and consumer reporting agencies that have information available as to the present or former physical health condition, including drug or alcohol abuse, and/or treatment of me or my dependents proposed for coverage to release any and all such information, including, but not limited to, medical records, health care provider notes, laboratory tests and results, diagnoses, treatment, and prognoses. I understand the information obtained by use of this authorization may be used to determine eligibility for issuance of health coverage for me and my dependents. This authorization is not applicable to psychotherapy notes.

Acepto que una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original y que esta autorización vencerá 15 meses después de la cancelación de cualquier cobertura que obtenga. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a menos que se hayan tomado medidas en virtud de mi autorización. La información obtenida no se divulgará a ninguna persona u organización, excepto a compañías de reaseguro o a otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi inscripción en la cobertura, por cualquier reclamo, con fines de administración médica o según se exija legalmente de otra manera o según lo autorice yo específicamente./I agree that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original and that this authorization shall expire 15 months after the termination of any coverage I obtain. I understand that I may request a copy of this authorization. I understand that I may revoke this authorization at any time in writing unless action has been taken in reliance on my authorization. Any information obtained will not be released to any person or organization, except to reinsuring companies or other persons or organizations performing business or legal services in connection with my enrollment for the coverage, for any claim, for medical management purposes, or as may be otherwise lawfully required or as I may further authorize.

Firma del Afiliado/Enrollee Signature X _____

Fecha/Date _____

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

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

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

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

Firma del Solicitante/Applicant Signature X _____

Fecha/Date _____

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

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

