



Formulario de Reembolso

Complete en letra de imprenta

Información del miembro¹

Nombre del miembro:	Apellido del miembro:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	
¿Es usted el suscriptor del plan? (Sí/No):	Si la respuesta es No, ¿cuál es su relación con el suscriptor del plan? (p. ej., cónyuge, pareja de unión libre):		
Nombre del empleador/de la compañía:	Número de plan de salud:	Número de grupo:	
Dirección del miembro:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

Período de 6 meses del Programa Sweat Equity

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
------------------	------------------------

Cómo llenar y presentar este formulario

1. Use 1 formulario por miembro. Registre en la siguiente tabla las 50 visitas al centro de acondicionamiento físico o clases que haya completado durante el período de 6 meses. Registre solo 1 sesión por día.

- La primera fecha que ingrese en la tabla será el inicio de su programa de 6 meses.
- Su programa finalizará cuando hayan transcurrido 6 meses a partir de esa fecha. No registre entradas correspondientes a una actividad después de la fecha de finalización del programa.
- Si completa las 50 sesiones de ejercicio que califican en menos de 6 meses, no presente su solicitud de reembolso en forma anticipada. No podemos aceptar solicitudes de reembolso antes de que hayan transcurrido 6 meses.
- En lugar de ingresar las fechas de sus 50 sesiones de ejercicio, puede adjuntar a este formulario 1 de los siguientes documentos:
 - Una hoja impresa que indique sus visitas al centro de acondicionamiento físico o las clases completadas que incluya las fechas y el nombre del lugar.
 - Recibos que muestren las fechas de sus visitas al centro de acondicionamiento físico o clases, con el nombre del lugar.

Su documentación debe incluir la firma de un representante del centro, de la persona a cargo de la clase o del coordinador del evento, según corresponda, para corroborar su participación.

2. Adjunte un comprobante de pago (p. ej., recibo, deducción salarial, comprobante del débito bancario automático) de la tarifa del centro de acondicionamiento físico y de cualquier cantidad que haya pagado por clases y eventos de acondicionamiento físico durante el período de 6 meses.*

3. Adjunte una copia del folleto, volante o contenido descargado de un sitio web que describa el equipo para ejercicio cardiovascular que usó en el centro, o los beneficios cardiovasculares de la clase que tomó o del evento de acondicionamiento físico grupal organizado en el que participó.

4. Envíe la documentación a:
UnitedHealthcare Sweat Equity Reimbursement Program
P.O. Box 740806
Atlanta, GA 30374

Debe enviarnos estos documentos en un plazo no mayor de 180 días a partir de la fecha de finalización del programa (con sello postal anterior al vencimiento).

Las solicitudes con sello postal posterior a esta fecha no serán reembolsadas.

continúa

*En su comprobante de pago, asegúrese de tachar cualquier información de ID personal de la cuenta que no sea necesaria de modo que no pueda leerse.

Eventos de acondicionamiento físico, visitas al centro de acondicionamiento físico y clases (Registre solo 1 sesión por día)

Fecha (mm/dd/aaaa)	Tipo de sesión *	Fecha (mm/dd/aaaa)	Tipo de sesión *
1.		26.	
2.		27.	
3.		28.	
4.		29.	
5.		30.	
6.		31.	
7.		32.	
8.		33.	
9.		34.	
10.		35.	
11.		36.	
12.		37.	
13.		38.	
14.		39.	
15.		40.	
16.		41.	
17.		42.	
18.		43.	
19.		44.	
20.		45.	
21.		46.	
22.		47.	
23.		48.	
24.		49.	
25.		50.	

continúa

*Indique "G" por gimnasio/centro y "C" por clase, incluido cualquier evento grupal organizado (p. ej., maratón).

Información sobre el evento de acondicionamiento físico, la clase, la sesión o el centro

Nombre de la organización: _____ Nombre de la organización (si se usó una segunda organización): _____

Tipo de organización: _____ Tipo de organización: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de los eventos, las clases o las sesiones en los que participó: _____

Información del centro de acondicionamiento físico/instructor

Nombre del empleado del centro/instructor de la clase: _____

Firma: _____ Fecha: _____

La firma del instructor o de otro empleado del centro supone la aceptación de que el instructor o el centro promueve el bienestar cardiovascular de los miembros.

Verificación del miembro

Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones civiles y penales.*

Mi firma a continuación confirma que toda la información suministrada en este formulario o adjunta está completa y es verdadera a mi leal saber y entender. Las declaraciones falsas tendrán como resultado la denegación del reembolso.

Firma del miembro que se menciona arriba: _____ Fecha: _____

continúa

*Si se detectara alguna actividad fraudulenta (p. ej., actividad física tergiversada), es posible que le suspendan o le den de baja del programa. En New York, toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para un seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material al respecto, comete un acto de seguro fraudulento, que representa un delito, y también está sujeto a una multa civil que no excederá los \$5,000 y el valor indicado del reclamo por cada infracción.

Exclusiones y limitaciones

- Sweat Equity™ es un programa voluntario. La información proporcionada en este programa solo tiene fines informativos generales y no tiene como objetivo ni debe ser considerada consejo médico. Debe consultar con un profesional de cuidado de la salud adecuado antes de comenzar a realizar algún programa de ejercicios o para determinar qué puede ser apropiado para usted.
- Para este programa, el uso de “usted” y “miembro” en comunicaciones se refiere al suscriptor del plan de UnitedHealthcare o al cónyuge o la pareja de unión libre que tenga cobertura de parte del suscriptor; ningún otro dependiente cumple los requisitos. Para que el cónyuge o la pareja de unión libre del suscriptor cumpla los requisitos para este beneficio, dicha persona también debe estar inscrita en el producto de UnitedHealthcare. Es posible que el programa no esté disponible para todos los suscriptores del plan de UnitedHealthcare y sus cónyuges o parejas de unión libre. Generalmente, el reembolso se limita a lo que sea menor entre \$200 (suscriptor)/\$100 (cónyuge o pareja de unión libre que tenga cobertura) o la cantidad real de los costos de acondicionamiento físico que califican por cada período de 6 meses, pero puede variar según el plan. Consulte su Certificado de Cobertura u otros documentos directivos para miembros a fin de determinar si cumple los requisitos, lo que incluye el beneficio de su plan y los plazos de solicitud.
- Para cumplir los requisitos para el reembolso en virtud del programa, el centro, la clase o el evento de acondicionamiento físico grupal organizado (p. ej., maratón) que califican y hayan sido elegidos por usted, deberán estar disponibles para el público general y promover el bienestar cardiovascular, según lo determinemos nosotros, además de contar con supervisión del personal.
- Debe ser empleado activo al momento de presentar la solicitud de reembolso. Puede presentar una solicitud de reembolso en virtud del programa una vez cada 6 meses. Le reembolsaremos solo aquellas visitas, sesiones o eventos calificados que hayan sido completados mientras era miembro de UnitedHealthcare. No reembolsaremos las visitas, las sesiones ni los eventos que se hayan realizado antes de que su cobertura entrara en vigencia o después de la finalización de su cobertura. No se otorgarán reembolsos parciales por menos de 50 sesiones de ejercicio en un período de 6 meses.
- Debe contar con una membresía activa en el centro de acondicionamiento físico o la clase mencionados en la solicitud al momento de presentar su solicitud de reembolso.
- No se reembolsarán las membresías en clubes de tenis, clubes “country club”, clubes sociales, equipos deportivos, clínicas para perder peso, spas o cualquier otra organización, liga o centro similar. No le reembolsaremos la compra de lecciones, equipo, ropa, vitaminas u otros artículos o servicios que ofrezca el gimnasio. El reembolso se limita a las visitas reales para hacer ejercicio. No se aplica a terapia de rehabilitación ni fisioterapia.
- Las membresías de por vida no cumplen los requisitos para el reembolso.
- Si ha pagado la membresía anual en un centro o la inscripción anual en una clase por adelantado, presente el recibo junto con la documentación necesaria que se indica anteriormente al finalizar el primer período de 6 meses por el cual solicita reembolso para recibir el reembolso por la mitad de la tarifa anual pagada. Repita este proceso al final del segundo período de 6 meses por el que pagó anualmente siempre que haya cumplido con los requisitos para otro reembolso consecutivo.
- Llene 1 formulario por miembro, por cada período de 6 meses por el cual solicita reembolso.
- No podemos aceptar solicitudes de reembolso antes de la fecha de finalización del programa de 6 meses, aunque haya completado la cantidad obligatoria de sesiones de ejercicio que califican antes de esta fecha.
- En caso de que en este formulario haya información faltante, incorrecta o no comprobable, la solicitud de reembolso será demorada o denegada.
- Si no puede cumplir con los requisitos de reembolso de este programa, es posible que pueda obtener la misma recompensa de otra manera. Llámenos al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud para hablar con nosotros y, si es necesario, hablaremos con su médico para encontrar otra manera de obtener la misma recompensa.
- Se mantiene la confidencialidad de cualquier información que recopilemos junto con este programa de acuerdo con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), además dicha información es independiente de los beneficios médicos o la prima del miembro y no los afecta.

Obtenga más información

Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID del plan de salud

**United
Healthcare**

¹En este formulario, el término “miembro” se refiere al suscriptor de un plan médico de UnitedHealthcare asegurado por completo, así como al cónyuge o la pareja de unión libre que tenga cobertura de parte del suscriptor. Para que el cónyuge o la pareja de unión libre cumpla los requisitos para este beneficio, dicha persona también debe estar inscrita en el producto de UnitedHealthcare.

La cantidad de recompensas anuales totales por su participación en programas de incentivo no puede exceder el 30% del costo de la cobertura.

Es posible que las recompensas sean gravables. Debe consultar con un profesional de impuestos apropiado para determinar si tiene alguna obligación fiscal por recibir un reembolso en virtud de este programa.

La cobertura de seguro es proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company o sus afiliadas, o a través de ellas.

B2C EI20250441.1SP 12/20 © 2020 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. 20-250442 (UHC NY SG (1-100), UHC NY LG (101+), UHC NJ LG (51+), asegurados por completo)