

DEPARTMENT OF REGULATORY AGENCIES

Division of Insurance

3 CCR 702-4

LIFE, ACCIDENT AND HEALTH

Amended Regulation 4-2-45

UNIFORM INDIVIDUAL AND SMALL GROUP HEALTH BENEFIT PLAN APPLICATIONS

Section 1	Authority
Section 2	Scope and Purpose
Section 3	Applicability
Section 4	Definitions
Section 5	Rules
Section 6	Severability
Section 7	Enforcement
Section 8	Effective Date
Section 9	History
Appendix A	Uniform Individual Application
Appendix B	Uniform Small Group Application

Section 1 Authority

This regulation is promulgated and adopted by the Commissioner of Insurance under the authority of §§ 10-1-109, 10-16-107.5(1), and 10-16-109, C.R.S.

Section 2 Scope and Purpose

The purpose of this regulation is to promulgate rules concerning the uniform individual and small group health benefit plan applications.

Section 3 Applicability

This regulation applies to all carriers offering individual and small group health benefit plans that are subject to Colorado insurance laws accepting applications for coverage on or after January 1, 2025. This includes carriers offering coverage under Parts 2, 3, and 4 of Article 16 of Title 10 of the Colorado Revised Statutes.

Section 4 Definitions

- A. "Exchange" shall have the same meaning as found at § 10-16-102(26), C.R.S.
- B. "Uniform Individual Application" means, for purposes of this regulation, the individual application developed and published by the Division of Insurance (Division) for use by carriers in collecting information from an applicant to determine what plans are appropriate for the applicant to consider.
- C. "Uniform Small Group Application" means, for purposes of this regulation, the small group application developed and published by the Division of Insurance (Division) for

use by carriers in collecting information from employees to determine what plans are appropriate for the employee to consider.

Section 5 Rules

- A. Carriers must comply with the following requirements concerning electronic and non-electronic applications:
1. All carriers offering individual health benefit plans outside of the Exchange must use the Uniform Individual Application when collecting enrollment information from consumers. The Uniform Individual Application can be found in Appendix A of this regulation.
 2. All carriers offering individual health benefit plans within the Exchange will use the Uniform Individual Application for the non-electronic collection of enrollment information from consumers.
 3. All carriers offering small group health benefit plans must use the Uniform Small Group Application when collecting enrollment information from employees and their dependents.
 - a. This application will be utilized by the Exchange as the non-electronic enrollment application for small group employees in the Small Business Health Options Program (SHOP).
 - b. The Uniform Small Group Application can be found in Appendix B of this regulation.
 4. Carriers may not alter, modify, or change the uniform applications developed by the Division.
 5. Carriers may not add logos or other graphics or text to the uniform applications except where designated on the uniform applications found in Appendix A and Appendix B.
 6. A carrier shall not deny an application for a health benefit plan solely on the basis of an applicant electing to not provide a Social Security Number, Tax Identification Number, or Alternative Identification Number.
- B. The Exchange may require additional information, through the use of an electronic application or a supplemental questionnaire, to collect information to comply with federal law for on-Exchange products.
- C. Carriers shall make electronic and non-electronic applications available in Spanish.

Section 6 Severability

If any provision of this regulation or the application of it to any person or circumstance is for any reason held to be invalid, the remainder of this regulation shall not be affected.

Section 7 Enforcement

Noncompliance with this regulation may result in the imposition of any of the sanctions made available in the Colorado statutes pertaining to the business of insurance, or other laws, which

include the imposition of civil penalties, issuance of cease and desist orders, and/or suspensions or revocation of license, subject to the requirements of due process.

Section 8 Effective Date

This regulation shall become effective on January 1, 2025.

Section 9 History

New regulation effective October 15, 2013.

Amended regulation effective November 1, 2020.

Amended regulation effective November 1, 2021.

Amended regulation effective January 1, 2025.

SOLICITUD INDIVIDUAL UNIFORME DE COLORADO PARA LOS PRINCIPALES PLANES DE BENEFICIOS MÉDICOS

Este formulario está diseñado para que un individuo solicite cobertura. Comuníquese con su compañía aseguradora si tiene preguntas sobre este formulario.

Es posible que pueda acceder a asistencia financiera federal para la cobertura que se adquiere a través de Connect for Health Colorado. Si adquiere la cobertura a través de Connect for Health Colorado, deberá brindar información adicional a fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal. Puede encontrar más información en www.connectforhealthco.com .					
INFORMACIÓN DE LA COBERTURA					
Tipo de solicitud: (seleccionar todas las opciones que correspondan)		☐ Nueva cobertura ☐ Cambio/modificación de la cobertura actual ☐ Inscripción abierta ☐ Inscripción especial*			
El solicitante adquiere este plan mediante un acuerdo de reembolso (si procede):		☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es afirmativa, qué tipo:	☐ HRA ☐ ICHRA ☐ QSEHRA	
Evento calificador para el periodo de inscripción especial: ☐ Pérdida de cobertura ☐ Nacimiento/adopción/colocación en adopción ☐ Matrimonio ☐ Otro: _____ Fecha del evento: _____					
Fecha de entrada en vigencia solicitada:			_____/_____/_____(MM/DD/AAAA)		

* Se requerirá una prueba de elegibilidad para la inscripción especial; información disponible en el sitio web de la División de Seguros (Division of Insurance, DOI) en:

<https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance>.

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE/ASEGURADO PRIMARIO					
Instrucciones: imprima o escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul. Complete la solicitud en su totalidad para cada persona por la que se solicita la cobertura. Si una persona está actualmente inscrita en Medicare, esta solicitud no debe completarse para dicha persona. Si se necesitan páginas adicionales para completar la totalidad de esta solicitud, adjunte, firme y feche cada página.					
Primer nombre:		Inicial seg. nomb.:		Apellido:	
Nro. de Seguro Social (Social Security Number, SSN)/nro. de id. de contribuyente (Taxpayer Identification Number, TIN)/nro. de id. alternativo (Alternate Identification, ALT ID): (opcional)		Fecha de nacimiento:	/ /	Edad actual:	Sexo: ☐ M ☐ F ☐ X
El SSN solo es necesario para determinar la elegibilidad para el crédito fiscal anticipado para primas federal y la reducción de los costos compartidos. La no cumplimentación de este campo no será motivo para denegar una solicitud de cobertura.					
Domicilio físico:				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Domicilio postal (si es diferente, puede ser apartado postal):				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:	
Usted es/está (marcar una opción): ☐ Soltero ☐ Casado ☐ En pareja de hecho ☐ En unión civil ☐ Legalmente separado ☐ Divorciado ☐ Menor de 21 años					
¿Es usted o alguien de su familia indígena estadounidense o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No Esta pregunta se plantea porque los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska tienen una mayor capacidad para inscribirse en los planes de beneficios de salud.					
Cuéntenos sobre su raza. Esta información es confidencial y solo se utilizará para ayudarnos a mejorar el servicio para todos los habitantes de Colorado. Usamos esta información para garantizar que todos tengan acceso justo a la cobertura. Brindar esta información no afectará la elegibilidad, las opciones de planes o los costos.					

¿Cuál es su raza? (seleccionar todas las opciones que correspondan) (opcional)

☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska

☐ Asiático/asiático estadounidense

☐ De color/afroestadounidense

☐ Hispano/latino

☐ De Medio Oriente/Nativo de África del Norte

☐ Nativo de Hawái/originario de una isla del Pacífico

☐ Blanco/europeo

☐ Otra: _____

☐ Prefiero no responder.

OTROS SOLICITANTES

Complete SOLAMENTE si su cónyuge/pareja o hijos menores de 26 años (mayores si tienen una discapacidad médica) solicitan cobertura. Si un hijo dependiente realiza la solicitud como individuo y no como parte de una familia, inclúyalo como solicitante primario. Si no hay espacio suficiente, adjunte información adicional sobre la familia. Firme y feche la hoja adicional. El SSN solo es necesario para determinar la elegibilidad para el crédito fiscal anticipado para primas federal y la reducción de los costos compartidos. La no cumplimentación de ese campo no será motivo para denegar una solicitud de cobertura.

Nombre (primer nombre, inicial del seg. nomb., apellido)	SSN/TIN/nro. de id. ALT:	Sexo	Relación	Discapacidad S/N	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
		☐ M ☐ F ☐ X	CÓNYUGE/PAREJA	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	

¿Los hijos nombrados dentro de la solicitud viven con usted en el mismo domicilio físico que se muestra arriba? ☐ Sí ☐ No (si es no, completar abajo)

Nombre de los hijos:		Domicilio postal (si es diferente):					
Ciudad:		Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:			

Nombre del tutor legal o padre/madre responsable de pagar el seguro de salud del niño:

Si el solicitante primario es menor de 21 y es diferente del anterior, indique el nombre y el domicilio postal del tutor legal o del padre/madre que tenga la custodia:

Nombre del tutor legal o del padre/madre que tenga la custodia:		Domicilio postal (si es diferente):					
Ciudad:		Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:			

Conteste las siguientes preguntas a su leal saber y entender. Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 45 147.102(a)(1)(iv) "A los efectos de la presente sección, por consumo de tabaco se entenderá el consumo de tabaco en un promedio de cuatro o más veces por semana en un plazo no superior a los últimos seis meses. Esto incluye todos los productos derivados del tabaco, excepto que el consumo de tabaco no incluye el uso religioso o ceremonial del producto. Además, el consumo de tabaco debe definirse en función de cuándo se utilizó por última vez un producto derivado del tabaco". ¿Alguien nombrado en esta solicitud ha usado tabaco o tabaco sin humo durante los últimos seis meses? En caso afirmativo, facilite la información solicitada abajo.

Nombre de la persona	Uso de productos de tabaco	
	☐ Sí	☐ No
	☐ Sí	☐ No
	☐ Sí	☐ No
	☐ Sí	☐ No

INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID		
¿Algún solicitante está inscrito en Medicare?	☐ Sí	☐ No
Nombre de la persona cubierta por Medicare: _____ Para este solicitante, deténgase aquí; este seguro puede duplicar la cobertura de Medicare actual.		
¿Algún solicitante está inscrito en Medicaid, CHP+ u otro programa gubernamental de salud?	☐ Sí	☐ No
Nombre de la persona cubierta por Medicaid u otro programa gubernamental de salud: _____ Para este solicitante, tenga en cuenta que obtener un seguro de salud individual puede afectar qué cobertura es la principal o la elegibilidad del solicitante para el crédito		

COBERTURA MÉDICA ACTUAL				
¿Usted, su cónyuge o pareja, o sus hijos dependientes que figuran en esta solicitud tienen actualmente seguro de salud? ☐ Sí ☐ No				
(cobertura dental en la siguiente sección)				
Nombre	Nombre de la compañía aseguradora	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (MM/DD/AAAA)	Fecha de cancelación de la cobertura (MM/DD/AAAA)	Tipo de cobertura
Si algún solicitante tiene cobertura médica actual, ¿cancelará la cobertura actual si es aceptado? ☐ Sí ☐ No				
Referencia del tipo de cobertura: G = médica principal integral grupal; I = médica principal integral individual; MS = complementaria a Medicare; H = cobertura hospitalaria solamente; V = cobertura oftalmológica solamente; O = otra, explicar: _____				

CERTIFICACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO DENTAL	
No se requiere la certificación de la cobertura del seguro dental al adquirir la cobertura a través de Connect for Health Colorado o para consumidores sin hijos menores de diecinueve (19) años.	
La cobertura dental pediátrica es un beneficio esencial de salud requerido. Es posible que el plan que elija no incluya la cobertura dental pediátrica. ¿Tiene cobertura dental pediátrica con otro plan?	☐ Sí ☐ No Nota: Es posible que se le exija que proporcione pruebas de que ha obtenido cobertura antes de que se apruebe esta póliza.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Acepto que he leído todas las secciones de esta solicitud y certifico en nombre de mis familiares dependientes elegibles y en el mío propio que las respuestas contenidas en esta solicitud están completas y son precisas según mi leal saber y entender.

Entiendo que mis respuestas, junto con cualquier suplemento o páginas adicionales, son la base del certificado o la póliza que se emite. Acuerdo que ningún seguro entrará en vigencia hasta la fecha especificada por la compañía aseguradora en el certificado o la póliza.

Entiendo que mi firma constituye una certificación de que he obtenido la cobertura dental pediátrica requerida en una póliza aparte y que se me puede exigir que presente una prueba de esta póliza dental pediátrica antes de que se emita y apruebe la presente póliza. (No se requiere la certificación de la cobertura de seguro dental al adquirir la cobertura a través de Connect for Health Colorado).

Entiendo que cualquier tergiversación intencional en la que se base la compañía aseguradora puede utilizarse para denegar un reclamo. Entiendo, además, que este contrato puede anularse si, dentro de los primeros 24 meses a partir de la fecha de la póliza o el certificado, se determina que un familiar o yo hicimos una tergiversación intencional en esta solicitud.

Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el objetivo de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro e indemnizaciones civiles. Toda compañía aseguradora o agente de una compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o reclamante con el objetivo de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o laudo pagadero de los ingresos del seguro será denunciado ante la División de Seguros (Division of Insurance) de Colorado dentro del Departamento de Organismos Reguladores (Department of Regulatory Agencies).

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta solicitud será tan válida como el original. Una firma legible de facsímile tendrá la misma autoridad y eficacia que la original. Este documento o la información contenida en el presente pasará a formar parte del contrato cuando se apruebe y expida la cobertura.

Me gustaría recibir todos los avisos de pólizas, avisos de primas y otros avisos relacionados con esta póliza a través de la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente. ☐ Sí ☐ No

Entiendo que puedo cambiar esta designación en una fecha posterior poniéndome en contacto directamente con mi compañía aseguradora y entiendo que es mi responsabilidad notificar a mi compañía aseguradora cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico.

Firma del solicitante primario/padre/madre o tutor legal para planes solo para niños		Fecha de firma:
Complete esta sección si alguien le ayudó a completar esta solicitud.		
La siguiente persona me ayudó a completar la solicitud:	Explique la relación del asistente con usted y su familia:	

INFORMACIÓN DEL AGENTE/PRODUCTOR	
<i>Esta sección debe ser completada por el agente o productor.</i>	
Agente/agencia de registro (para comisiones y correspondencia)	Agente/productor suscriptor:
Nombre (en letra de imprenta):	Nombre (en letra de imprenta):
Nro. de id. del agente (NPN):	Nro. de id. del agente (NPN):
Preguntas de reemplazo del agente: ¿Sustituirá esta póliza las pólizas de seguro de accidentes y enfermedad existentes? ☐ Sí ☐ No	
Como agente/productor suscriptor, acepto que soy responsable de interactuar personalmente con el solicitante primario que presenta esta solicitud para describir de forma completa y precisa los términos y las condiciones de los planes y servicios de la entidad oferente o aseguradora, o de una de sus subsidiarias. Estas disposiciones están disponibles para mí y para el solicitante primario en el documento de resumen de beneficios u otra documentación del plan.	
Firma del agente suscriptor	Fecha

DIVULGACIONES

Este documento es una publicación de la División de Seguros (Division of Insurance) de Colorado. Si tiene preguntas sobre el contenido de este documento, comuníquese con nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en <http://doi.colorado.gov>. Si tiene preguntas sobre la cobertura o la inscripción, consulte a su compañía aseguradora.

Esta sección puede utilizarse para proporcionar información adicional que haya sido requerida en las secciones anteriores y que no haya entrado en el espacio brindado.

Firma del solicitante primario: _____ Fecha de firma: _____

Appendix B

COLORADO UNIFORM EMPLOYEE APPLICATION FOR SMALL GROUP HEALTH BENEFIT PLANS

This form is designed for an employee's initial application for coverage. Please contact your agent or the carrier to determine if this form should be used in other situations once the group is enrolled with the carrier.

COVERAGE INFORMATION				
Application Type:	☐ New Coverage	☐ Change/Modification to Existing Policy	☐ Open Enrollment	☐ Special Enrollment*
Special Enrollment Period Qualifying event:				
☐ Loss of Coverage ☐ Birth/Adoption/Placement for Adoption ☐ Marriage ☐ Other: _____ Date of Event: _____				

* Proof of eligibility for special enrollment will be required – information on special enrollment periods is available at: <https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance>

EMPLOYER INFORMATION			
Employee Name:	Employer Name:		
Proposed Effective Date:	Group Number (if known):		

EMPLOYEE INFORMATION							
Employee Instructions: Please type or print using black or blue ink. Please fill out the entire application for each person for whom coverage is being sought.							
First Name:		Middle Initial:		Last Name:			
SSN/TIN/ALT ID #: Not filing out this field shall not be a reason to deny an application for coverage		Date of Birth:	/ /	Current Age:	Gender: ☐ M ☐ F ☐ X		
Physical Address:					City:		
County:		State:		Zip:			
Mailing Address (If different, can be P.O. Box):					City:		
County:		State:		Zip:			
Home Phone:		Alternate Phone:		Email:	Home Work		
First day of employment?		How many hours, on average, do you work each week?		Work Phone:			
Are you (check one): ☐ Single ☐ Married ☐ Civil Union ☐ Legally Separated ☐ Divorced ☐ Designated Beneficiary ☐ Widow/Widower ☐ Common Law ☐ Designated Beneficiary - A common law or designated beneficiary certification may be required by the carrier							
Are you on COBRA or State Continuation?		☐ Yes	☐ No	Start Date:	Stop Date:		

It should be noted that American Indians and Alaskan Natives have an enhanced ability to enroll in individual health benefit plans under the Affordable Care Act.

Tell us about your race. *This information is confidential and will only be used to help us improve service to all Coloradans. We use this information to make sure everyone gets fair access to coverage. Providing this information will not impact eligibility, plan options, or costs.*

What is your race? (Select all that apply) *(optional)*

- ☐ American Indian/Alaskan Native
 ☐ Asian/Asian American
 ☐ Black/African American
 ☐ Hispanic/Latino
 ☐ Middle Eastern/North African
☐ Native Hawaiian/Pacific Islander
☐ White/European
☐ Not Listed or Other: _____
☐ Prefer not to answer

TYPE OF HEALTH COVERAGE					
List all dependents (spouse/partner and child(ren)) applying for coverage. If you need additional space, please use a separate sheet of paper and attach it to this application (please print your name and sign and date the additional sheet).					
Please select the type of health insurance coverage for which you are applying:		☐ Employee Only	☐ Employee & Spouse	☐ Employee & Child	☐ Employee & Family
Name of plan selected: _____					
Dependent Information- List all dependents to be covered					
Name (First, MI, Last)	SSN/TIN/ALT ID # (can leave blank):	Gender	Relationship	Disability Y/N	Birth Date (MM/DD/YY)
		☐ M ☐ F ☐ X	SPOUSE/PARTNER	☐ Yes ☐ No	

		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Child ☐ Dependent	☐ Yes ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Child ☐ Dependent	☐ Yes ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Child ☐ Dependent	☐ Yes ☐ No	

Employee Name:	Employer Name:
----------------	----------------

TOBACCO USE	
Please answer the following questions to the best of your knowledge. 45 CFR 147.102(a)(1)(iv) "For purposes of this section, tobacco use means use of tobacco on average four or more times per week within no longer than the past 6 months. This includes all tobacco products, except that tobacco use does not include religious or ceremonial use of tobacco. Further, tobacco use must be defined in terms of when a tobacco product was last used."	
Has anyone named in this application used tobacco or smokeless tobacco during the past 6 months? If yes, provide the information requested below.	
Name of Person	Used Tobacco Products
	☐ Yes ☐ No
	☐ Yes ☐ No

EMPLOYEE/DEPENDENT WAIVER OF COVERAGE

Complete this section ONLY if you are not enrolling yourself or your spouse/partner or dependents. Waiver must be completed for all of your dependents to be eligible for enrollment on this plan in the event of changing circumstances. I understand that I am eligible to apply for group health coverage through my employer. I do NOT want, and hereby waive, group health coverage for:

	Name (Last, First, MI)	Birth Date (Mo/Day/Year)
Employee		
Spouse/Partner		
Dependent 1		
Dependent 2		
Dependent 3		
Dependent 4		
Dependent 5		
Dependent 6		

I am waiving group health coverage for myself and/or the dependents listed above because (check all that apply, copy of ID card may be required):	
☐	I am covered under my spouse/partner's group policy
☐	My spouse/partner is covered under another plan (including this plan, if spouse/partner is also an employee)
☐	My dependents are covered under another plan
☐	I wish to continue other coverage obtained through an Individual Plan or Medicare
Other (Please explain):	

WAIVER: I certify that I have been given the opportunity to apply for group health coverage and decline to enroll as indicated above, on behalf of myself, my spouse/partner and my dependent child(ren). I understand that by signing this waiver, I, my spouse/partner, and my dependent child(ren) forfeit the right to coverage. I was not pressured, forced or unfairly induced by my employer, the agent or the carrier(s) into waiving or declining the group health coverage. If in the future I apply for coverage, I, my spouse/partner, or any of my dependent child(ren) may be treated as a late enrollee and subject to postponement of coverage for up to 12 months.

I understand that if I am declining enrollment for myself, my spouse/partner, or my dependent child(ren) because of other health coverage, I may, in the future, be able to enroll myself, my spouse/partner, or my dependent child(ren) in this plan, as required by law, provided that I request enrollment within

30 days after my other health coverage ends or a qualifying event occurs. If I do not request enrollment within 30 days of the above events, I understand that I may not be able to enroll for coverage until my company's Open Enrollment period. I understand that I can obtain information related to my enrollment eligibility from my employer or small group health carrier.

Signature of Employee: _____ Date Signed: _____

MEDICARE INFORMATION									
If you need to complete this section for more than one person, please use a separate sheet of paper and attach it to this application (please sign and date the additional sheet). A copy of your ID card may be required.									
Are you, your spouse/partner or your child(ren) covered by:									
Medicare Part A?	☐ Yes	☐ No	Medicare Part B?	☐ Yes	☐ No	Medicare Part D?	☐ Yes	☐ No	
If "Yes," reason for Medicare:	☐ 65+	Effective Date:			☐ Disability	Effective Date:			
	☐ End-stage Renal Disease (ESRD)	Effective Date:			☐ Disability and ESRD	Effective Date:			
Name of person covered by Medicare:									

[illegible]

Employee Name:	Employer Name:
CERTIFICATION OF DENTAL INSURANCE COVERAGE Certification of dental insurance coverage is not required when purchasing coverage through Connect for Health Colorado or for consumers without children under the age of nineteen (19)	
Pediatric dental coverage is a required essential health benefit. The plan you select may not include pediatric dental coverage. Do you have pediatric dental coverage under another plan?	☐ Yes ☐ No Note: you may be required to provide proof that you have obtained coverage before this policy will be approved
TERMS – CONDITIONS- DISCLOSURES	

I acknowledge that I have read all sections of this Colorado Uniform Employee Application for Small Employer Group Health Coverage (Application), and I certify on behalf of my eligible family dependents and myself that the answers contained in this Application are complete and accurate to the best of my knowledge. I understand and agree that neither my employer nor any insurance agents have any authority to waive my complete answer to any question, agree to insurability, alter any contract, or waive any Colorado small employer carrier’s other rights or requirements.

I hereby apply for enrollment for myself and for my eligible family dependents listed. On behalf of my eligible family dependents and myself, I agree to all of the terms and conditions of the group contract(s) with Colorado small employer carrier(s) under which I wish to enroll for coverage. I have indicated in this Application, if required, what product(s) or provider(s) I have selected. I agree that no coverage will be effective until the date specified by the Colorado small employer carrier(s) with whom I enroll, after this application has been accepted by such carrier(s).

I understand and agree that any information obtained in connection with this Application will be used by Colorado small employer carrier(s) to determine eligibility for coverage.

It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance carrier for the purpose of defrauding or attempting to defraud the carrier. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages. Any insurance carrier or agent of an insurance carrier who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.

When applicable, I authorize my employer to deduct contributions from my earnings to be applied to the cost of coverage.

I agree to any applicable group contract provisions for the resolution of disagreements and disputes, including arbitration when required and as allowed by law. Please refer to any arbitration provisions in the group contract(s).

I understand that I may request a copy of this Application. I agree that a photographic copy of this Application shall be as valid as the original. A legible facsimile signature shall have the same force and effectiveness as the original. This document will become a part of the contract when coverage is approved and issued.

COLORADO INSURANCE LAW REQUIRES ALL CARRIERS IN THE SMALL GROUP MARKET TO ISSUE ANY APPLICABLE HEALTH BENEFIT PLAN IT MARKETS IN COLORADO TO ANY SMALL EMPLOYER THAT APPLIES FOR THE PLAN AND AGREES TO MAKE THE REQUIRED PREMIUM PAYMENTS, AND SATISFIES THE OTHER PROVISIONS OF THE HEALTH BENEFIT PLAN.

This document is a publication of the Colorado Division of Insurance. If you have questions about the content of this document please contact our offices at 303-894-7499 or visit our website at <https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance>. For questions regarding coverage or enrollment please see your employer.

Signature of Employee: _____ Date Signed: _____