



Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios

Aetna Health Inc.

Información sobre el Grupo del Empleador – Para ser llenado por el Empleador:	Nombre del Grupo	Número del Grupo	Código de Identificación
--	------------------	------------------	--------------------------

A. Tipo de Actividad - El Empleado tiene que llenar por completo las secciones del A hasta el E. *Por favor escriba claramente en letra de molde.*

<p>Instrucciones: Consulte las instrucciones al dorso antes de llenar por completo este formulario. Usted, el empleado, tendrá que llenar por completo esta solicitud o la misma le será devuelta lo que ocasionará demoras en los trámites. Usted es responsable de proporcionar datos que estén completos y sean verdaderos.</p>	<p>Inscripción</p> <input type="checkbox"/> Subscriptor Nuevo <p>Fecha de Efectividad</p> <p style="text-align: center;">/ /</p> <p>Fecha de Contratación</p> <p style="text-align: center;">/ /</p>	<p>Cambios - Marque todos los cuadros que se aplican.</p> <input type="checkbox"/> Añadir al Cónyuge <input type="checkbox"/> Añadir a un Hijo Dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre <input type="checkbox"/> Cambio de Plan <input type="checkbox"/> Otro	<p>Fecha del Acontecimiento</p> <p style="text-align: center;">/ /</p> <p>Razón</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	<p>Eliminar o Terminar - Marque todos los cuadros que se aplican.</p> <input type="checkbox"/> Anular al Cónyuge <input type="checkbox"/> Anular a un Hijo Dependiente <input type="checkbox"/> Renuncia/Terminación del Empleado	<p>Fecha de Efectividad</p> <p style="text-align: center;">/ /</p> <p>Razón</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	<p>Continuación de la Cobertura, por ejemplo, COBRA, Plan Estatal - No todas las opciones están disponibles. Comuníquese con su Empleador para las opciones disponibles.</p> <p>Cobertura Para: <input type="checkbox"/> El Empleado <input type="checkbox"/> Los Dependientes</p> <p>Duración de la Continuación (meses): <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> 29 - Adjunte la determinación de la incapacidad que recibió de la Administración del Seguro Social</p>	
						<p>Fecha en que expiró la cobertura</p> <p style="text-align: center;">/ /</p>	<p>Fecha del evento calificativo</p> <p style="text-align: center;">/ /</p>

B. Información sobre el Empleado

Número de Seguro Social	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre			Número del Teléfono de su Domicilio		
Dirección de su Domicilio		Número del Apartamento	Ciudad, Estado	Código Postal		
Nombre del Empleador				Número del Teléfono de su Trabajo		
Dirección de su Lugar de Trabajo		Ciudad, Estado		Código Postal		

C. Planes - Su selección tiene que ser ofrecida por su empleador.

<p>Marque un cuadro:</p> <p><input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> QPOS® <input type="checkbox"/> USAccess®</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Open Access™ HMO</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Choice™ POS</p> <p><input type="checkbox"/> AHF Choice POS</p>	<p>Escriba el Nombre del Plan</p> <hr/> <p>Copago Primario:</p> <p><input type="checkbox"/> \$5 <input type="checkbox"/> \$10</p> <p><input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> Otro \$ _____</p>
---	---

D. Personas Cubiertas - Relacione a las personas para quienes usted está añadiendo/cambiando/removiendo la cobertura. *Provea una descripción pormenorizada de las respuestas con un "Sí". Adjunte una hoja por separado para relacionar a hijos adicionales. Adjunte pruebas para sus hijos que son estudiantes universitarios de plena dedicación (full time).

(A)ñadir (R)emover	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00 00 0000)	Número de Seguro Social (Si el dependiente no tiene un NSS escriba "None")	Otra Cobertura Médica	Otra Cobertura de Medicinas por Receta	Incapacitado	Número de Identificación del Consultorio del Médico Primario	Paciente Actual	Número de Identificación del Consultorio del Dentista (si se aplica)	Paciente Actual	Raza/Grupo Cultural - Opcional	
		M F	/ /		Sí * <input type="checkbox"/>	Sí * <input type="checkbox"/>	Sí N/A		Sí <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	Código	Otra
	Empleado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Cónyuge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Hijo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Hijo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Hijo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

<p>1. Si contesta más arriba con un "Sí" a "Otra Cobertura Médica", provea la fecha de efectividad, el nombre y número de la póliza de la compañía aseguradora, plan HMO o de otras fuentes y su Número de Identificación de Miembro.</p>	<p>3. ¿De los dependientes que mencionó más arriba, alguno no vive con el empleado y tiene otra dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿quién es y cuál es su dirección?</p>	<p>4. Si algunos de sus dependientes no tienen su apellido, explique las circunstancias.</p>
<p>2. Si contesta más arriba con un "Sí" a "Otra Cobertura de Medicinas por Receta", provea la fecha de efectividad, el nombre y número de la póliza de la compañía aseguradora, plan HMO o de otras fuentes y su Número de Identificación de Miembro.</p>	<p>5. ¿Trabaja su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", provea el nombre y la dirección del empleador de su cónyuge.</p>	
<p>Explique las circunstancias:</p>		

E. Firma del Empleado

Al marcar este cuadro usted acepta usar Aetna Navigator, el web de autoservicio para uso de los miembros de Aetna, por medio del cual usted tendrá acceso a todos los impresos/informes que podría precisar en el futuro.

Si usted tiene preguntas sobre los beneficios provistos o excluidos bajo este Acuerdo, comuníquese con un representante de Servicios a Miembros llamando al teléfono 1-800-323-9930 antes de firmar este formulario.

<p>Declaro que toda la información provista en este formulario es verdadera y completa a mi mejor saber y/o entender. He leído y me comprometo a cumplir con las Condiciones de la Inscripción que figuran al dorso de este Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios.</p>	<p>Firma del Empleado - se requiere</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>Idioma que domina mejor</p>
	<p>Fecha / /</p> <p>Dirección del Correo Electrónico (E-Mail)</p>	

La copia del empleado podría usarse como tarjeta de identificación provisional por 30 días a partir de la fecha efectiva, si su empleador lo autoriza. Tendrá que verificar la cobertura con Aetna antes de visitar un especialista o ser ingresado en un hospital.

Instrucciones

Empleador - Llene por completo la **Información sobre el Grupo del Empleador** en la parte superior del formulario.

Empleado - Complete las Secciones A - E.

Sección A - Tipo de Actividad:

- Marque los cuadros que indiquen la razón por la cual presenta este Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios.
- Provea la Fecha de Efectividad y la Fecha del Acontecimiento en el lugar solicitado.

Sección B - Información sobre el Empleado: Llene por completo **toda** la información en el Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios para que se realicen los trámites solicitados.

Sección C - Planes:

- Seleccione solamente una opción de las que son ofrecidas por su empleador.
- Marque un cuadro, indique el Nombre del Plan (donde es aplicable) y marque *una* cantidad de Copago Primario.

Sección D - Personas Cubiertas:

- **Añadir/Cambiar/Remove** - Use "A", "C", o "R" para indicar si usted está añadiendo, cambiando o removiendo la cobertura para un individuo.
- Escriba en letra de molde su nombre completo y el de cada uno de sus dependientes, si algunos tuviese. Provea el Sexo, la Fecha de Nacimiento y el Número de Seguro Social para cada persona mencionada.
- Si algún dependiente es un estudiante universitario de plena dedicación (full time), usted **tiene** que adjuntar a este formulario un programa con los cursos en los que el estudiante está matriculado o una carta de la escuela para confirmar que el dependiente es un estudiante de plena dedicación (12 o más créditos).
- Si usted o sus dependientes tienen "**Otra Cobertura Médica**", marque el cuadro "Sí" y proporcione las fechas en que dichos seguros entran en vigor o terminan, el nombre y número de la póliza de la compañía aseguradora, plan HMO o de otras fuentes y su **Número de Identificación de Miembro** en el espacio provisto en la casilla número 1.
- Si usted o sus dependientes tienen "**Otra Cobertura de Medicinas por Receta**", marque el cuadro "Sí" y proporcione las fechas en que dichos seguros entran en vigor o terminan, el nombre y número de la póliza de la compañía aseguradora, plan HMO o de otras fuentes y su **Número de Identificación de Miembro** en el espacio provisto en la casilla número 2.
- **NOTA:** En algunos casos sus beneficios médicos y sus beneficios de medicinas por receta serán provistos por diferentes aseguradores.
- Si un dependiente está incapacitado y depende de usted financieramente, marque el cuadro "Sí" y provea pruebas de la incapacidad del médico que lo atiende.
- Número de Identificación del Consultorio del Médico Primario y del Consultorio del Dentista: Obtenga el número de identificación del consultorio del médico primario y/o dentista (si se aplica) en el registro de proveedores apropiado o en "DocFindSM", el registro de proveedores de Aetna en "www.aetna.com."
- Si usted es un paciente en la actualidad, por favor marque el cuadro "Sí" bajo "Paciente Actual".
- *Opcional* - Consulte los códigos provistos e indique la Raza/Grupo Cultural de cada persona. Si su Raza/Grupo Cultural es "Otra", indique la Raza/Grupo Cultural de cada persona en el espacio provisto.

Sección E - Firma del Empleado:

- Complete esta sección para todas las inscripciones nuevas o cambios en la cobertura.
- El empleado tiene que firmar su nombre y escribir la fecha en el Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios para que se realicen los trámites solicitados.
- Al marcar el cuadro que figura al reverso usted acepta usar Aetna Navigator, el web de autoservicio para uso de los miembros de Aetna, por medio del cual usted tendrá acceso a todos los impresos/informes que podría precisar en el futuro.

Condiciones de la Inscripción

Reconocimientos y Aceptaciones del Solicitante

En nombre de los dependientes cuyos nombres figuran al dorso y en el mío propio, yo estoy de acuerdo con lo citado a continuación:

1. Yo reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura está suscrita o es administrada por las siguientes empresas (para la cuales se emplea el nombre "Aetna" colectivamente):
 - HMO: Aetna Health Inc.
 - QPOS/Aetna Choice POS/USAccess: Aetna Health Inc., Corporate Health Insurance Company, Aetna Health Insurance Company of New York, y/o Aetna Life Insurance Company.
2. Yo autorizo se deduzcan de mi sueldo las sumas fijadas para las contribuciones requeridas para la cobertura y accedo hacer los pagos necesarios según sean requeridos para la cobertura.
3. Yo entiendo y estoy de acuerdo que este Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios sea transferido a Aetna o a sus agentes por mi empleador o su agente. Yo autorizo a cualquier médico, a otro profesional dedicado a la atención de la salud, a un hospital y a cualquier organización dedicada a la atención de la salud ("Proveedores") que proporcionen a Aetna o a su agente información sobre el historial médico, los servicios o tratamientos prestados a cualquier persona cuyo nombre figura en este Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios, inclusive aquellos relacionados con la salud mental, abuso de substancias y VIH/SIDA (HIV/AIDS). Además, autorizo que Aetna use y revele dicha información a sus socios, proveedores, pagadores, otros aseguradores, agencias de administración, vendedores, asesores y a las autoridades del gobierno bajo la jurisdicción cuando sea necesario para mi atención o tratamiento médico, para pagar los servicios, para las actividades relacionadas con mi plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Mi cónyuge, los dependientes adultos y yo hemos discutido los términos de esta autorización y he obtenido el consentimiento de ellos en cuanto a dichos términos. Entiendo que esta autorización es provista bajo la ley estatal y que no es una "autorización" para los propósitos del acta federal "Health Insurance Portability and Accountability Act". Esta autorización permanecerá en vigor durante el período de validez de la cobertura y por un período adicional después de que la misma haya expirado de conformidad con lo permitido por la ley. Entiendo que yo tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, a petición mía y aceptaré una copia fotostática de ella, que es tan válida como la original.
4. Los documentos del plan en Inglés (*Schedule of Benefits, Group Agreement, Certificate of Coverage, Group Policy, Group Insurance Certificate*) determinarán los derechos y responsabilidades de los miembros y los términos de dichos documentos gobernarán en caso de que hayan discrepancias entre dichos documentos y cualquier comparación de beneficios, resumen u otro documento por medio del cual se describe el plan.
5. Yo entiendo y reconozco que con excepción de Aetna Rx Home Delivery, todos los proveedores y vendedores participantes son contratistas independientes y no son ni agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC, es una sucursal de Aetna Inc. No se podrá garantizar que un proveedor en particular esté disponible y el componimiento de la red está sujeto a cambios. La notificación de cualquier cambio se porporcionará de conformidad con la ley estatal aplicable.
6. Yo entiendo y reconozco que, con ciertas excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO solamente proveen cobertura por beneficios referidos, y que, para estar cubiertos, los servicios tiene que ser prestados ya sea por un médico de atención primaria participante, o por el especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante que haya sido autorizado por medio de una referencia proporcionada por un médico de atención primaria participante.

Representaciones falsas

Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que constituye un delito y como consecuencia dicha persona será sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

Atención residentes de Kentucky: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que constituye delito y como consecuencia dicha persona podría ser sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

Atención residentes de Massachusetts: Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que constituye delito y como consecuencia dicha persona podría ser sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

Atención residentes de Tennessee: El proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con la intención de defraudar a dicha compañía constituye delito. Entre las sanciones que podrían imponerse se incluyen encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.