



Solicitud de cambio de cobertura para empleados de pequeñas empresas - CA

(Sólo para inscripciones existentes)

EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE CALIFORNIA, SIEMPRE QUE APAREZCA EL TÉRMINO "CÓNYUGE" SE INTERPRETARÁ TAMBIÉN COMO PAREJA.

Instrucciones:

Antes de solicitar un nuevo plan, por favor lea el folleto de Aetna en el que se describe el plan que desea elegir.

Asegúrese de estar familiarizado con los beneficios, copagos, deducibles anuales y con las limitaciones y exclusiones del plan que elija. El plan que usted elige debe formar parte de la cobertura de beneficios de la pequeña empresa de su empleador.

- Usted, el empleado, debe completar esta solicitud.** Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos.
- Deben responderse, por completo, todas las preguntas y deben incluirse todas las firmas y fechas donde esté especificado. De lo contrario, es posible que se le devuelva la solicitud, lo que retrasará el procesamiento y probablemente también retrase la fecha de vigencia de la cobertura.
- Escriba a máquina o con letra de imprenta legible, en tinta azul o negra.**

1. Elección de cobertura - Deseo cambiar mi cobertura por la siguiente:

N.º de control/de grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan	Código de clase	N.º de control/de grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan	N.º de control/de grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
1. Médica - Marcar una. HMO: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> Con deducible 1000 <input type="checkbox"/> Coinsurance 70% Aetna Value NetworkSM HMO: <input type="checkbox"/> 10/20 <input type="checkbox"/> 20/30 <input type="checkbox"/> 30/40 <input type="checkbox"/> 40/50 Vitalidad Mexico HMO: <input type="checkbox"/> 10 Vitalidad Plus HMO: <input type="checkbox"/> 10/5 <input type="checkbox"/> 30/10 MC: <input type="checkbox"/> 250 90/70 <input type="checkbox"/> 1000 80/50/50 <input type="checkbox"/> 250 80/60 <input type="checkbox"/> 2000 80/50/50 <input type="checkbox"/> 500 80/60 <input type="checkbox"/> 2500 75/50 <input type="checkbox"/> 1000 70/50 <input type="checkbox"/> 3500 65/50 <input type="checkbox"/> 750 80/50/50 <input type="checkbox"/> 10,000 100/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 2000 80/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 3000 90/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 3500 80/50 <input type="checkbox"/> HRA HDHP 3000 80/50 <input type="checkbox"/> HRA HDHP 5000 80/50 PPO: <input type="checkbox"/> 500 90/70 <input type="checkbox"/> Aetna Indemnity <input type="checkbox"/> Out-of-State					2. Dental - Marcar una (si corresponde). Planes estándares <input type="checkbox"/> 1 - DMO [®] Access <input type="checkbox"/> 2 - DMO [®] Plus (Plan 58) <input type="checkbox"/> 3 - Coseguro Freedom-of-Choice <input type="checkbox"/> DMO [®] o <input type="checkbox"/> PPO Max <input type="checkbox"/> 4 - Freedom-of-Choice Plus: <input type="checkbox"/> DMO [®] o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> 5 - PPO 1000 Active <input type="checkbox"/> 6 - PPO 1500 <input type="checkbox"/> 7 - PPO 1500 Active <input type="checkbox"/> 8 - PPO 2000 <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO Max Planes voluntarios <input type="checkbox"/> V1 - DMO [®] Access <input type="checkbox"/> V2 - DMO [®] Plus (Plan 58) <input type="checkbox"/> V3 - PPO 1000 Active <input type="checkbox"/> V4 - PPO 1500 <input type="checkbox"/> V5 - PPO 1500 Active <input type="checkbox"/> V6 - Coseguro Freedom-of-Choice <input type="checkbox"/> DMO [®] o <input type="checkbox"/> PPO Max <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO Max Antes de hoy, ¿tenía usted cobertura con este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					3. De vida <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico/AD&D Ultra [®] <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente Designación del beneficiario Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido) Número de seguro social del beneficiario Relación que tiene con el empleado		

2. Información del empleado - Por favor, complete esta parte SÓLO si hubo cambios recientes.

Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre				Número de seguro social o de identificación (ID)			
Dirección (no se aceptan apartados postales)			Apto. N.º	Ciudad, estado			Código postal
Teléfono de residencia		Teléfono del trabajo		N.º de dependientes incluido el cónyuge		Número de seguro social o de identificación (ID) del cónyuge	
Cargo que ocupa		Nombre del empleador					N.º de horas trabajadas por semana

3. Información del empleado y su familia - Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. De ser necesario, inserte hojas adicionales. Si el apellido de su cónyuge es diferente del suyo, ¿es su pareja? Sí No **AVISO PARA COBERTURA MÉDICA Y DENTAL:** Si bien la Federal Patient Protection and Affordable Care Act (ley de protección del paciente y atención accesible) exige cobertura para hijos dependientes de hasta 26 años de edad, es posible que su plan le brinde cobertura para hijos mayores de 26 años. Existen excepciones. Consulte los documentos del plan o comuníquese con el administrador de beneficios. En el caso del seguro de vida para dependientes, estos son elegibles desde los 14 días de vida hasta que cumplen los 19 años de edad, o hasta que cumplen los 24 si son estudiantes de tiempo completo.

1. Nombre propio (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lb)	Estado <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado legalmente	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>	

2. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lb)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>		

3. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lb)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>		

4. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lb)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>		

4. Antecedentes médicos de los miembros actualmente inscritos - Proporcione la información médica requerida si alguno de los miembros de la familia ha sido hospitalizado, ha visitado a un médico u otro proveedor de atención de salud o ha tomado medicamentos recetados en los últimos 6 meses. AVISO: La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud requieran o utilicen la prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

Nombre de la persona	Condición	Medicamentos recetados	Dosis	Aún toma el medicamento
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. Declaraciones falsas

Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

6. Autorización

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber o entender. He leído y estoy de acuerdo con las secciones "Condiciones de autorización de inscripción" y "Declaraciones falsas" en esta solicitud de cambio de cobertura para empleados de pequeñas empresas de California. Entiendo que, en caso de no firmar y devolver esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a mi fecha de elegibilidad o de que Aetna, por cualquier motivo, no recibiera notificación del pedido de transacción anterior dentro de un período razonable posterior al hecho, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada. Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo, al menos 30 horas semanales, para este empleador en el lugar usual de trabajo.

INSCRITOS EN PLANES CA HMO - AVISO DE ARBITRAJE OBLIGATORIO: TODA DISPUTA QUE SURJA DE LA MEMBRESÍA AL PLAN DE SALUD, O ESTÉ RELACIONADA CON ESTA, SERÁ DETERMINADA A TRAVÉS DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO, Y NO POR MEDIO DE UN JUICIO NI RECURRIENDO A UN PROCESO LEGAL, EXCEPTO SEGÚN LO ESTIPULA LA LEY DE CALIFORNIA PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCESOS DE ARBITRAJE. EL ACUERDO DE ARBITRAJE INCLUYE, ENTRE OTRAS, DISPUTAS ASOCIADAS A LA SUPUESTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL O A LA MALA PRAXIS MÉDICA, ES DECIR, SI ALGUNO DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR ESTE ACUERDO NO FUERA NECESARIO, NO FUERA AUTORIZADO O FUERA BRINDADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE. EL ACUERDO DE PLAN DE SALUD TAMBIÉN LIMITA DETERMINADOS RECURSOS Y PUEDE LIMITAR LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN EJEMPLARIZANTE. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, CONSULTE LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

Entiendo que estoy renunciando al derecho constitucional de resolver las disputas en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, acepto el uso del arbitraje obligatorio. Esto significa que no podré llevar el caso a juicio en un tribunal. También entiendo que el acuerdo contiene limitaciones con respecto a ciertos recursos y que puede haber limitaciones al cobro de indemnización ejemplarizante.

Firma del empleado X	Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)	Fecha (mes/día/año)
--------------------------------	--	----------------------------

Aviso escrito del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) sobre la disponibilidad de asistencia lingüística

HMO and DMO-based plans - IMPORTANT: Can you read this form? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this form written in your language. For free help, please call right away at 1-877-287-0117.

Planes basados en DMO y HMO - IMPORTANTE: ¿Puede leer esta solicitud? En caso de no poder leerla, le ofrecemos nuestra ayuda. Esta solicitud también está disponible en su idioma. Para obtener ayuda en forma gratuita, por favor llame al 1-877-287-0117.

Planes tradicionales

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-877-287-0117. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-877-287-0117. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務，用中文把文件唸給您聽。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-877-287-0117 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và được người khác đọc giúp các tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-877-287-0117. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-877-287-0117번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-877-287-0117. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական ծառայություններ: Կոչ կարող եք թարգման և լսել լեզվի և փաստաթղթերը ընթերցել սույն ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) ստույի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ասպանդազրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-877-287-0117. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-877-287-0117までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. می‌توانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است و یا این شماره 1-877-287-0117 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-877-287-0117 'ਤੇ ਸਾਨ ਫ਼ਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੋਲੀਡੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាន បង្ហាញលើកិច្ចសន្យាសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-877-287-0117. للحصول على المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyem cov ntawm ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau pab ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-877-287-0117. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong