



Forma de inscripción/cambio para empleados de Connecticut

Aetna Life Insurance Company

Aetna Health Inc.

INSTRUCCIONES: Debe completar esta forma de inscripción en su totalidad. De lo contrario, le será devuelta y se retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. **Si quiere rechazar la cobertura, debe completar la sección C.** Use solo tinta negra para completar esta forma.

N.º de identificación de miembro de Aetna (si está disponible)

Información del grupo del empleador (debe ser completado por el empleador)

Nombre del empleador o la compañía (nombre completo de la empresa u organización)

Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal). Ubicación principal de la empresa u organización.

A. Tipo de actividad. El empleado debe completar las secciones A-F.

Completar con letra de imprenta legible.

Fecha de entrada en vigor	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación/reactivación <input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo <input type="checkbox"/> Inscripción tardía	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge <input type="checkbox"/> Agregar pareja doméstica <input type="checkbox"/> Agregar compañero civil <input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente	<input type="checkbox"/> Fecha de finalización del empleado _____
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Exención <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura	<input type="checkbox"/> Cambiar cobertura <input type="checkbox"/> Cambiar nombre	<input type="checkbox"/> Retirar cónyuge <input type="checkbox"/> Retirar pareja doméstica <input type="checkbox"/> Retirar compañero civil <input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura <input type="checkbox"/> Otro _____

☐ COBRA ☐ Plan de continuación estatal para: ☐ Empleado ☐ Dependiente

Duración de la continuación: ☐ 18 meses ☐ 36 meses ☐ Otro _____

Hecho condicionante _____ Fecha original del hecho condicionante _____ Fecha de pérdida de la cobertura _____

B. Información del empleado. Usted debe completar esta sección.

N.º de Seguro Social	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre			Cargo
Dirección particular	N.º de apto.	Ciudad, estado	Código postal	
Dirección laboral		Ciudad, estado	Código postal	
Teléfono particular/celular () -	Teléfono laboral () -	Cantidad de horas que trabaja por semana	Correo electrónico del empleado	
Idioma primario (opcional)	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Sindicato			

C. Rechazo de cobertura. Marque todo lo que corresponda.

Comprendo que cumplo con los requisitos para solicitar esta cobertura a través de mi empleador. Sin embargo, rechazo la cobertura que marco a continuación.

<input type="checkbox"/> Empleado: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	Motivos por los que se rechaza la cobertura <input type="checkbox"/> Seguro por medio de otro trabajo <input type="checkbox"/> Cobertura militar/TRICARE <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo de los padres <input type="checkbox"/> Cobertura individual (a través del Mercado de Seguros Médicos) <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo de cónyuge/pareja doméstica/compañero civil <input type="checkbox"/> Cobertura individual (por fuera del Mercado de Seguros Médicos) <input type="checkbox"/> Cobertura para jubilados <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura según COBRA <input type="checkbox"/> Otro plan de grupo brindado por mi empleador <input type="checkbox"/> No quiero cobertura. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica/compañero civil: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	
<input type="checkbox"/> Hijos: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	

Certifico que se me ha dado el derecho a solicitar esta cobertura; sin embargo, la rechazo como se menciona antes. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que mis dependientes o yo tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo.

Firma del empleado SOLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o los dependientes.

Fecha (día/mes/año)

☐ Rechazo la cobertura. **Firma del empleado: X**

Nombre del empleado EN LETRA DE IMPRENTA:

D. Opciones de planes. Marque un plan. Su empleador debe ofrecer los planes que usted elija.

N.º de control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan	Código de cliente
1. Cobertura médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Para inscribirse, marque "sí" e ingrese la opción de plan elegida a continuación. Completar con letra de imprenta legible.</i> Opción de plan _____ Solo puede elegir un plan que ofrezca su empleador. <i>Aetna Life Insurance Company o Aetna Health Inc. aseguran o administran la cobertura médica.</i>				

N.º de control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
2. Cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Para inscribirse, marque "sí" e ingrese la opción de plan elegida a continuación. Completar con letra de imprenta legible.</i> Opción o nombre del plan _____ Si elige FOC, marque <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO/Indemnity Solo puede elegir un plan dental si su empleador ofrece cobertura dental. Antes de hoy, ¿tenía cobertura con este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Los empleados en AZ, CA, GA, MA, MD, MO, NC, NJ y TX deben vivir o trabajar dentro del área de servicio de DMO® aprobada para poder inscribirse en el plan DMO®. Solo para grupos de 51 a 100 empleados: Se puede tener en cuenta la cobertura acreditable en el caso de nuevos miembros que se inscriben en grupos de traspaso voluntario. Los empleados recién contratados deben marcar lo siguiente, si corresponde: Empleados recién contratados que seleccionan un plan voluntario y cuyo plan de Aetna es un grupo de traspaso: En los últimos 90 días, ¿contó con un plan dental que incluyera cobertura básica y preventiva durante 12 meses? Se excluyen los planes de descuento para cuidado dental y aquellos que cubren solo el cuidado preventivo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Aetna Life Insurance Company asegura los planes dentales de Aetna.</i>			

N.º de control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
3. Aetna VisionSM Preferred <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Para inscribirse, marque "sí" e ingrese la opción de plan elegida a continuación. Completar con letra de imprenta legible.</i> Opción o nombre del plan _____ Solo puede elegir un plan de la vista si su empleador ofrece cobertura de la vista. <i>Aetna Life Insurance Company asegura los planes de seguro de la vista. First American Administrators, Inc., brinda algunos servicios de administración de reclamos. EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed"), brinda algunos servicios de administración de la red.</i>			

E. Personas cubiertas. Enumere las personas a quienes quiere inscribir, agregar, cambiar o retirar en lo que respecta a la cobertura. Complete la información de todas las personas en su totalidad. Agregue más hojas si es necesario. NOTA PARA LA COBERTURA MÉDICA: Si bien la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) 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. Consulte los documentos del plan o comuníquese con el administrador de beneficios. Ingrese su pareja doméstica solamente si su empleador ha elegido esa cobertura.

1	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	
		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Estado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado legalmente	
		Elige cobertura:		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	
N.º de identificación del proveedor médico de cuidado primario		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
2	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	
		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Compañero civil		N.º de Seguro Social	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Elige cobertura:		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	
N.º de identificación del proveedor médico de cuidado primario		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
3	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	
		<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____		N.º de Seguro Social	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Elige cobertura:	
N.º de identificación del proveedor médico de cuidado primario		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

Continúa en la página siguiente.

E. Personas cubiertas (continuación)

4	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____	Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social
	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	
N.º de identificación del proveedor médico de cuidado primario		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

5	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____	Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social
	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	
N.º de identificación del proveedor médico de cuidado primario		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

6	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____	Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social
	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	
N.º de identificación del proveedor médico de cuidado primario		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental		Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

F. Información sobre dependientes

Enumere a todos los dependientes de la sección E que tengan apellido diferente o que vivan en otro domicilio.	
Nombre	Dirección

G. Coordinación de beneficios

¿Tendrá otro seguro de salud al mismo tiempo que esta cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió que sí , ¿la cobertura de Aetna que solicita reemplazará la cobertura que tiene ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la persona	Compañía de seguros	Nombre de la persona	Compañía de seguros

Condiciones de inscripción

Reconozco que, al inscribirme en un plan de Aetna, la cobertura es asegurada o administrada por Aetna Life Insurance Company o Aetna Health Inc. (denominadas "Aetna"). Para la cobertura de la vista, First American Administrators, Inc., brinda algunos servicios de administración de reclamos. EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed"), brinda algunos servicios de administración de la red.
1. La solicitud de mi empleador determina la cobertura. No tendré cobertura hasta que Aetna apruebe mi forma de inscripción y la solicitud del empleador. Aunque Aetna apruebe la solicitud del empleador, cualquier declaración falsa u omisión sustancial puede ocasionar la denegación de reclamos posteriores. Además, Aetna puede rescindir o reevaluar mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de entrada en vigor, a fin de determinar si cumpla con los requisitos y los criterios de clasificación. Si Aetna anula o rescinde la cobertura, es posible que tenga derecho a un reembolso de primas pagas a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Aetna dará un aviso por escrito con, por lo menos, 30 días de antelación a cualquier persona cubierta afectada por la rescisión propuesta. Si escojo recibir notificaciones electrónicas, recibiré dicho aviso en formato electrónico (correo electrónico).

Continúa en la página siguiente.

Condiciones de inscripción (continuación)

2. Para respaldar las coberturas enumeradas en esta forma de inscripción, es posible que Aetna necesite información sobre la historia clínica, o los servicios o tratamientos médicos brindados a cualquiera de las personas mencionadas en esta forma. Esto puede incluir la mínima información necesaria sobre salud mental, trastorno por uso de sustancias, y VIH o sida. Conforme a las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), autorizo que las siguientes entidades brinden esta información a Aetna o a sus agentes:
- Médicos.
 - Otros profesionales del cuidado de la salud.
 - Hospitales.
 - Otras organizaciones de cuidado de salud ("proveedores"), que incluyen:
 - Farmacias.
 - Administradores de la base de datos de beneficios de farmacia.
3. Conforme a las regulaciones de la HIPAA, autorizo a Aetna a usar y divulgar la mínima información necesaria antes mencionada a los siguientes:
- Filiales.
 - Proveedores.
 - Otras compañías de seguros.
 - Administradores de terceros.
 - Prestadores.
 - Consultores.
 - Autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para lo siguiente:
 - Cuidado o tratamiento.
 - Pago de servicios.
 - Operaciones de mi plan de salud.
 - Actividades relacionadas.
4. He analizado los términos de esta autorización con mis dependientes adultos competentes. La autorización es válida durante el plazo de la cobertura para la información médica que se recopila a partir de un reclamo médico. Esta autorización es de carácter voluntario. No obstante, si me niego a firmar esta forma, quizá no pueda inscribirme en el plan. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Aetna. No puedo revocar la autorización de aquella información que ya haya sido utilizada o divulgada. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicite. Una fotocopia tiene la misma validez que el original.
- Las estipulaciones del *Contrato de grupo* o de la *Póliza de grupo* determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con lo siguiente:
 - Comparación de beneficios.
 - Resumen.
 - Otra descripción del plan.
 - Entiendo y acepto que, con excepción del grupo de compañías que forman parte de CVS Health (que incluyen a CVS Pharmacy, CVS Caremark Mail Service Pharmacy, MinuteClinic y CVS Specialty Infusion Services), todos los proveedores y prestadores participantes son contratistas independientes, y no son agentes ni empleados de Aetna ni sus filiales. No podemos garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular fuera de nuestro grupo de compañías y los proveedores de nuestra red pueden cambiar. Tampoco garantizamos los resultados de ningún servicio de cuidado de salud o dental. La notificación de los cambios se brindará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
5. Entiendo que, con ciertas excepciones descritas en los documentos del plan, los planes de HMO y DMO® solo brindan cobertura de los beneficios estipulados en ellos. En los documentos del plan, también se describe si necesito remisión para ciertos procedimientos y quiénes brindan el cuidado. Los servicios cubiertos deben ser prestados por los siguientes:
- Médicos de cuidado primario participantes.
 - Dentistas de cuidado primario participantes.
 - Especialistas participantes.
 - Hospitales participantes.
 - Farmacias participantes.
 - Dentistas participantes.
 - Otros proveedores participantes autorizados conforme a la remisión de un médico de cuidado primario participante.
6. Autorizo el reemplazo productos de marca por medicamentos genéricos, conforme a la ley, para las recetas abastecidas según los beneficios de farmacia.

Declaro que toda la información provista en esta forma es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Acepto lo estipulado en las secciones "Condiciones de inscripción" y "Declaraciones falsas" de esta forma de inscripción para empleados. Entiendo que, en caso de no firmar esta forma dentro de los 31 días, o si Aetna no recibe la solicitud dentro de un período razonable, mi cumplimiento de los requisitos podría verse afectado. Autorizo las deducciones de mis ingresos a fin de satisfacer las contribuciones requeridas para la cobertura y acepto realizar todos los pagos necesarios.

Para recibir los documentos de manera electrónica, ingrese en su cuenta segura para miembros, en aetna.com.

Declaraciones falsas: Toda persona que, con intención de estafar o consciente de que permite el fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro.

Firma del empleado SOLO en caso de solicitar cobertura para el empleado o los dependientes.

Firma del empleado (obligatoria)

X

Fecha (día/mes/año)