



Beneficios Dentales - Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios

Aetna Life Insurance Company *

Información sobre el Grupo del Empleador: (Para ser llenado por el Empleador)	Nombre del Empleador - Nombre Completo del Negocio u Organización	Control	Sufijo	Cuenta	Número del Plan
	Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) - Ubicación Primaria del Negocio u Organización				

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.

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.	Inscripción - Marque un cuadro. <input type="checkbox"/> Subscriptor Nuevo Fecha de Efectividad / / Fecha de Contratación / /	Cambios - Marque todos los cuadros que se aplican. <input type="checkbox"/> Añadir al Cónyuge Fecha del Acontecimiento / / <input type="checkbox"/> Añadir a un Hijo Dependiente / / <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre Razón _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Control/Sufijo/Cuenta/Plan _____	Eliminar o Terminar - Marque todos los cuadros que se aplican. <input type="checkbox"/> Anular al Cónyuge Fecha de Efectividad / / <input type="checkbox"/> Anular a un Hijo Dependiente / / <input type="checkbox"/> Renuncia/Terminación del Empleado Razón _____ <input type="checkbox"/> Cancelación de la Cobertura _____	Continuación de la Cobertura, por ejemplo, COBRA, Plan Estatal - No todas las opciones están disponibles. Comuníquese con su Empleador para las opciones disponibles. Cobertura Para: <input type="checkbox"/> El Empleado <input type="checkbox"/> Los Dependientes Duración de la Continuación (meses): <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> 29 - Adjunte la determinación de la incapacidad que recibió de la Oficina de Administración del Seguro Social
				Fecha en que expiró la cobertura / / Fecha del evento calificativo / /

B. Información sobre el Empleado

Número de Seguro Social	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Idioma que domina mejor
Dirección de su Domicilio Número, Calle, Número del Apartamento	Números de Teléfonos Domicilio () Trabajo ()	Condición de Empleo <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado
Ciudad, Estado	Código Postal	

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

Marque un cuadro:

<input type="checkbox"/> Indemnity Dental	<input type="checkbox"/> Dental EPP	<input type="checkbox"/> FOC/Indemnity
<input type="checkbox"/> DentalFund/HealthFund	<input type="checkbox"/> DMO®/Advantage/Basic	<input type="checkbox"/> FOC/PPO
<input type="checkbox"/> Dental PPO		<input type="checkbox"/> FOC/DMO

D. Personas Cubiertas - Relacione a las personas para quienes usted está añadiendo/cambiando/removiendo la cobertura. Adjunte una hoja por separado para relacionar a hijos adicionales. *Provea una descripción pormenorizada de las respuestas con un "Sí". Marque este cuadro si rehusa cobertura para sus dependientes.

(A)ñadir (C)ambiar (R)emover	Nombre (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido) (Provea una explicación sobre los apellidos diferentes en la sección "Comentarios Especiales".)	Parentesco	Sexo M F	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00 00 0000)	Número de Seguro Social (Si el dependiente no tiene un NSS escriba "None")	Participante Tardío	Plan de Seguro Anterior	Otra Cobertura Dental	Actualmente Cubierto por Medicare	Incapacitado	Estudiante	Número de Identificación del Consultorio del Dentista Primario	Paciente Actual	Raza/Grupo Cultural - Opcional (Esta información está destinada a reunir información y no será usada para determinar la elegibilidad, clasificar o pagar reclamaciones.)		
		Yo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		Sí <input type="checkbox"/>	Sí * <input type="checkbox"/>	Sí * <input type="checkbox"/>	Sí * <input type="checkbox"/>	Sí N/A	Sí N/A		Sí <input type="checkbox"/>	Código	Otra	Determine el CÓDIGO correspondiente a la Raza/Grupo Cultural de cada persona (vea abajo) y escríbalo en la columna pertinente a la izquierda titulada "Código". CÓDIGO: 01 - Blanca 02 - Afroamericana o Negra 03 - Hispánica o Latina 04 - Asiática 05 - Otra (Provea la raza/grupo cultural en la columna a la izquierda titulada "Otra")
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

1. Si contesta más arriba con un "Sí" a "Plan de Seguro Anterior", provea la fecha de efectividad, el nombre y número de la póliza de la compañía aseguradora, del plan dental o de otras fuentes y su **Número de Identificación de Miembro**.

3. ¿De los dependientes que mencionó más arriba, alguno no vive con el empleado y tiene otra dirección? Si la respuesta es "Sí", ¿quién es y cuál es su dirección? Sí No

2. Si contesta más arriba con un "Sí" a "Otra Cobertura Dental" y/o "Actualmente Cubierto por Medicare", provea la fecha de efectividad, el nombre y número de la póliza de la compañía aseguradora, del plan dental o de otras fuentes y su **Número de Identificación de Miembro**.

Comentarios Especiales

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.

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. Entiendo que en caso de que yo no firme este formulario dentro de 31 días de la transacción solicitada más arriba o que si por cualquier razón Aetna no recibe notificación de la transacción solicitada más arriba dentro de un plazo de tiempo razonable después de que ocurra el acontecimiento, esto podría afectar mi elegibilidad y la de mis dependientes.	Firma del Empleado - se requiere X Fecha / / Dirección del Correo Electrónico (E-Mail)
--	---

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.

Sección D - Personas Cubiertas:

- Añadir/Cambiar/Remover - 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 Código de Parentesco, el Sexo, la Fecha de Nacimiento y el Número de Seguro Social para cada persona mencionada.
 - Código de Parentesco - Usar **Sólo**: H=Esposo, W=Esposa, S=Hijo, D=Hija, Y=Hombre patrocinado, X=Mujer patrocinada. **Si el dependiente NO es su cónyuge ni su hijo biológico o no ha sido legalmente adoptado, por favor indique el parentesco con el empleado en la sección "Comentarios Especiales"**.
- Participante Tardío** - Si usted **no** se está inscribiendo dentro del período de inscripción de su empleador, marque el cuadro "Si".
- Si usted o sus dependientes estaban cubiertos anteriormente bajo un "**Plan de Seguro Anterior**" de su empleador o bajo otro plan de seguro, marque el cuadro "Si" y proporcione las fechas en que dichos seguros entran en vigor o terminan, el nombre y número de la póliza de la compañía aseguradora, del plan dental 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 Dental**" y/o están "**Actualmente Cubierto por Medicare**", marque el cuadro "Si" y proporcione las fechas en que dichos seguros entran en vigor o terminan, el nombre y número de la póliza de la compañía aseguradora, del plan dental o de otras fuentes y su **Número de Identificación de Miembro** en el espacio provisto en la casilla número 2.
- Si un dependiente está incapacitado y depende de usted financieramente, marque el cuadro "Si" y provea pruebas de la incapacidad del médico que lo atiende.
- Si un dependiente es un Estudiante, marque el cuadro "Si". Consulte el Resumen de Beneficios para las definiciones del plan. Aetna podría solicitar que usted proporcione pruebas de la institución educativa.
- Número de Identificación del Consultorio del Dentista Primario - Obtenga el número de identificación del consultorio del dentista primario 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 "Si" 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 auto-servicio 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:

- * Yo reconozco que al inscribirme en los siguientes planes la cobertura está suscrita o es administrada por las siguientes empresas (para las cuales se emplea el nombre "Aetna" colectivamente):
 - Aetna DMO, Aetna Dental PPO, Dental EPP, Aetna HealthFund/Aetna DentalFund, y Aetna Indemnity Dental: Aetna Life Insurance Company.
 - En los estados de AZ, CA, GA, MD, MO, NC, NJ y TX, Aetna DMO, los planes Advantage y Basic también podrán ser provistos por una de las siguientes: Aetna Dental of California, Inc., Aetna Dental Inc. (NJ), Aetna Dental Inc. (TX), Aetna Health Inc., o Aetna Health Inc. (AZ).
- 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.
- 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.
- Los documentos del plan en Inglés 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.
- Yo entiendo y reconozco que con excepción de Aetna Rx Home Delivery, todos los proveedores participantes (incluso todos los dentistas primarios participantes) y vendedores 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.

Representaciones falsas

Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un informe relacionado con una reclamación que contenga información falsa o encubra con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales podría haber violado una ley estatal.

Atención residentes de Arkansas y West Virginia: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para solicitar el pago de un beneficio o la indemnización de una pérdida o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, será hallada culpable de haber cometido un delito y como consecuencia podría ser sometida a sanciones y ser condenada a pena de prisión.

Atención residentes de Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con la intención de defraudar o de intentar defraudar a la compañía. Entre las sanciones que podrían imponerse se incluyen encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. Todo asegurador o agente de una compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione datos o información falsa, incompleta, o engañosa al poseedor de la póliza o a un reclamante con la intención de defraudar o de intentar defraudar al poseedor de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación cuyo pago proviene de los beneficios del seguro, deberá ser denunciado a la división de seguros (insurance division) de Colorado del departamento de agencias reglamentarias.

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.