



Solicitud de inscripción/cambio

Aetna Health Inc.

Información de grupo de empleador (debe ser completado por el empleador)	Nombre de grupo/del empleador - Nombre completo de la empresa u organización	Control	Sufijo	Cuenta	Número de plan
		Número de grupo			Código de clase

A. Tipo de actividad - El empleado debe completar las secciones A - E. *Por favor, completar con letra de imprenta legible.*

Instrucciones: Consulte las instrucciones al dorso antes de completar esta solicitud. Debe completar esta solicitud en su totalidad; de lo contrario se le devolverá y se retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos.	Inscripción <input type="checkbox"/> Nuevo inscrito/solicitante Fecha de vigencia: ____/____/____ Fecha de contratación: ____/____/____	Cambio - Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Agregar cón <input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cambio de plan _____ <input type="checkbox"/> Control/sufijo/cuenta/plan _____	Fecha del evento ____/____/____ Motivo _____	Retirar o terminar - Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge <input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Retiro/terminación del empleado	Fecha de vigencia ____/____/____ Motivo _____	Continuación de cobertura, por ejemplo, COBRA, plan estatal - No todas las opciones están disponibles. Comuníquese con el empleador para conocer las opciones disponibles. Cobertura para <input type="checkbox"/> empleado <input type="checkbox"/> 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 incapacidad de la Administración del Seguro Social. Fecha de pérdida de cobertura: ____/____/____ Fecha del evento calificador: ____/____/____ Fecha de vencimiento de la continuación de cobertura : ____/____/____
---	---	--	---	--	--	---

B. Información del empleado

Número de seguro social	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Teléfono de residencia (____) _____
Dirección de residencia	Apto. N.º Ciudad, estado	Código postal
Nombre del empleador	Teléfono del trabajo (____) _____	
Dirección del trabajo	Ciudad, estado	Código postal

C. Opciones de planes - Su empleador debe ofrecer el/los plan/es que usted elija.

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> QPOS® <input type="checkbox"/> Aetna Open Access® HMO <input type="checkbox"/> Aetna Choice® POS <input type="checkbox"/> AHF Choice® POS <input type="checkbox"/> Aetna Health Network Option SM <input type="checkbox"/> Aetna Health Network Only SM	Opciones disponibles con Aetna Health Network Option y Aetna Health Network Only. Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Aetna HealthFund® <input type="checkbox"/> Aexcel® <input type="checkbox"/> Aexcel® Plus	Indique el nombre del plan Copago primario <input type="checkbox"/> \$5 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> Otro \$ ____
--	--	--

Si bien la Federal Patient Protection and Affordable Care Act (ley de protección del paciente y atención accesible) generalmente 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.

D. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted agrega/cambia/retira de la cobertura. * Brinde información detallada si responde "Sí" a continuación.

(A)gregar (C)ambiar (R)etirar	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Sexo M F	Fecha de nacimiento MM DD AAAA	Número de seguro social (Si el dependiente no tiene número de seguro social, escriba "Ninguno").	Otra cobertura médica	Otra cobertura de medicamentos con receta	Incapacitado	Número de identificación (ID) del consultorio médico primario	Paciente actual	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual	Raza/Grupo étnico - Opcional (Esta información tiene la finalidad de recolectar datos y no será utilizada para determinar la elegibilidad, la clasificación o el pago de reclamos).
	Empleado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		Sí* <input type="checkbox"/>	Sí* <input type="checkbox"/>	Sí N/A		Sí <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	Código: _____ Otro: _____ Por medio de la siguiente CLAVE, identifique el código de raza/grupo étnico de cada persona. CLAVE: 01 - Blanco 02 - Afroamericano o negro 03 - Hispano o latino 04 - Asiático 05 - Otro (indique raza/grupo étnico en la columna "Otro" a la izquierda).
	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"/>	

1. Si marcó "Sí" en "Otra cobertura médica" más arriba, proporcione las fechas de vigencia, el nombre y el número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente, y su número de identificación de miembro.	3. ¿Alguno de los dependientes detallados anteriormente vive en una dirección diferente de la del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", ¿quién es y cuál es su dirección? Explique las circunstancias:	4. Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.
2. Si marcó "Sí" en "Otra cobertura de medicamentos con receta" más arriba, proporcione las fechas de vigencia, el nombre y el número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente, y su número de identificación de miembro.		5. ¿Su cónyuge tiene empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", escriba el nombre y la dirección del empleador de su cónyuge.

E. Firma del empleado Al marcar esta casilla, usted acuerda utilizar el sitio en Internet de autoservicio para miembros de Aetna, que le permite tener acceso a todo el material impreso futuro. También entiende que puede elegir recibir los documentos impresos en el futuro. Para ver este material, visite www.aetna.com.

Si tiene dudas acerca de los beneficios ofrecidos o excluidos según este acuerdo, comuníquese con un representante de Servicios al Cliente al 1-800-323-9930 antes de firmar esta solicitud.

Certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y completa, a mi leal saber y entender. He leído y estoy de acuerdo con la sección "Condiciones de inscripción" que figura en el reverso de esta solicitud de inscripción/cambio.	Firma del empleado - obligatorio X	Dirección de correo electrónico	Fecha ____/____/____	Primer idioma
---	--	---------------------------------	-------------------------	----------------------

La copia del empleado puede ser utilizada como tarjeta de identificación (ID) temporal durante 30 días a partir de la fecha de vigencia si fue autorizado por el empleador. La cobertura debe ser verificada con Aetna antes de visitar a un especialista o ser admitido en un hospital.

Instrucciones

Empleador: Complete la “Información de grupo de empleador” al comienzo de esta solicitud.

Empleado: Complete las secciones A - E.

Sección A - Tipo de actividad

- Marque las casillas que indiquen los motivos para presentar esta solicitud de inscripción/cambio.
- Escriba las fechas de vigencia y de los eventos donde corresponda.

Sección B - Información del empleado: Complete **toda** la información para que su solicitud de inscripción/cambio sea procesada.

Sección C - Opciones de planes

- Seleccione solo una opción (u opciones) que ofrezca su empleador.
- Marque *una* casilla de la sección “Opciones de planes” en la columna de la izquierda. Si seleccionó “Aetna Health Network Option” o “Aetna Health Network Only”, marque *todo lo que corresponda* en la columna de la derecha.
- Indique el nombre de la opción de plan y marque *un* copago primario, si corresponde.

Sección D - Personas cubiertas

- Agregar/Cambiar/Retirar - Use “A”, “C” o “R” para indicar si usted desea agregar, cambiar o retirar la cobertura para una persona.
- Escriba su nombre completo en letra de imprenta junto con el de su/s dependiente/s, si corresponde. Indique sexo, fecha de nacimiento y número de seguro social de cada una de las personas enumeradas.
- Si usted o su/s dependiente/s tienen **otra cobertura médica** , marque la casilla que dice “Sí” e indique las fechas en que comienza y finaliza la vigencia, el nombre y el número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente, y su **número de identificación de miembro** para el plan de seguro en el espacio que se le proporciona en el punto 1.
- Si usted o su/s dependiente/s tienen **otra cobertura de medicamentos con receta** , marque la casilla que dice “Sí” e indique las fechas en que comienza y finaliza la vigencia, el nombre y el número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente, y su **número de identificación de miembro** para el plan de seguro en el espacio que se le proporciona en el punto 2.
 - **NOTA:** En algunos casos, su prestador de cobertura médica será distinto de su prestador de cobertura de medicamentos con receta.
- Si un dependiente está incapacitado y depende económicamente de usted, marque “Sí” y proporcione prueba del estado de incapacidad expedida por el médico tratante.
- Número de identificación (ID) del consultorio médico primario/Número de identificación (ID) del consultorio dental: Obtenga el número de identificación del consultorio del médico o dentista de cuidado primario (si corresponde) a través del directorio de proveedores correspondiente o de “DocFind[®]”, el directorio en línea de proveedores de Aetna en www.aetna.com.
- Si usted es paciente actual, marque la casilla que dice “Sí” debajo de “Paciente actual”.
- *Opcional* - Por medio de la CLAVE proporcionada, ingrese el código de raza/grupo étnico correspondiente a cada persona. Si su raza/grupo étnico es “Otro”, escriba con letra imprenta la raza/grupo étnico de cada persona en el espacio proporcionado.

Sección E - Firma del empleado

- Complete esta sección para todas las nuevas inscripciones o cambios de cobertura.
- El empleado debe firmar y poner fecha a la solicitud de inscripción/cambio para que esta sea procesada.
- Al marcar la casilla en el reverso, usted acuerda utilizar el sitio en Internet de autoservicio para miembros de Aetna, que le permite tener acceso a todo el material impreso futuro. Asimismo, comprende que puede elegir recibir los documentos impresos en el futuro.

Condiciones de inscripción

Reconocimiento y aceptación del solicitante

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en el reverso, estoy de acuerdo con lo siguiente y lo acepto:

1. Reconozco que, al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será financiada o administrada por estas entidades (denominadas en forma colectiva “Aetna”):
 - HMO/Aetna Health Network Only: Aetna Health Inc.
 - QPOS/Aetna Choice POS/Aetna Health Network Option: Aetna Health Inc., Aetna Health Insurance Company o Aetna Life Insurance Company.
2. Autorizo a que se realicen deducciones de mis ingresos para las contribuciones requeridas para la cobertura y acepto realizar todos los pagos necesarios y requeridos para dicha cobertura.
3. Entiendo y acepto que esta solicitud de inscripción/cambio puede transmitirse a Aetna o a su agente por parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, profesional de la salud, hospital u organización para la atención de salud (“proveedores”) proporcione a Aetna o a su agente información sobre la historia médica, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud de inscripción/cambio, incluso la información sobre salud mental, abuso de sustancias y VIH/sida. Además, autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, prestadores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan de salud o para realizar actividades relacionadas. He analizado los términos de esta autorización con mi cónyuge y con mis dependientes adultos competentes y he obtenido su consentimiento sobre dichos términos. Entiendo que esta autorización está estipulada conforme a la ley estatal y que no constituye una “autorización” según se define en la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud). Esta autorización conservará su validez durante el plazo de la cobertura y, posteriormente, por el tiempo que permita la ley. Entiendo que me corresponde recibir una copia de esta autorización cuando la solicite y que la fotocopia tiene la misma validez que el original.
4. Los documentos del plan (*Lista de beneficios*, contrato de grupo, certificado de cobertura, póliza de grupo, certificado de seguro de grupo) determinarán los derechos y las responsabilidades del/de los miembro/s y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
5. Entiendo y acepto que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery[®], todos los proveedores y prestadores participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC es una subsidiaria de Aetna Inc. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambio. La notificación de los cambios se proporcionará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
6. Entiendo y acepto que, con algunas de las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO ofrecen solamente cobertura para los beneficios remitidos y que, para estar cubiertos, los servicios deben ser prestados por el médico de cuidado primario participante o por un especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante, conforme a lo autorizado por la remisión de un médico de cuidado primario participante.

Declaraciones falsas

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto fraudulento de seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención, residentes de Tennessee: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.