



Texas

Forma de inscripción/cambio para empleados

Aetna Life Insurance Company
Aetna Health Inc.

Aetna Health Insurance Company
Aetna Dental Inc.

Usted tiene la opción de elegir un plan de seguro de salud con elección de beneficios para el consumidor o un plan de cuidado de salud de una organización para el mantenimiento de la salud que, ya sea en todo o en parte, no proporciona los beneficios de salud que el estado exige normalmente en las pólizas de seguro por accidente y enfermedad o en las evidencias de cobertura de Texas. Este plan estándar de beneficios de salud puede ser una póliza de seguros de salud o un plan de salud más económico para usted, pero al mismo tiempo, es posible que le proporcione menos beneficios de salud o en el plan de salud que los que se incluyen normalmente como beneficios de salud exigidos por el estado de Texas. Si elige este plan estándar de beneficios de salud, por favor consulte con su agente de seguros para saber qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos de esta póliza o evidencia de cobertura.

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.

Número 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 hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cambiar cobertura <input type="checkbox"/> Cambiar nombre	<input type="checkbox"/> Fecha de finalización del empleado _____ <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge <input type="checkbox"/> Retirar pareja doméstica <input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Exención <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura		
<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Plan de continuación estatal para: <input type="checkbox"/> empleado <input type="checkbox"/> dependiente			
Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 36 meses <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 del trabajo	Ciudad, estado		Código postal	
Teléfono particular/celular () -	Teléfono del trabajo () -	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			
Idioma primario del suscriptor (distinto de inglés) Subscriber Primary Language (other than English) ¿Cuál es su idioma primario?/What is your primary Language? _____	Discapacidad del suscriptor ¿Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí , indique la naturaleza de su discapacidad. _____			

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, renuncio a la cobertura que marco a continuación.

<input type="checkbox"/> Empleado:	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> De la vista	<input type="checkbox"/> Dental	Motivos por los que se rechaza la cobertura <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo de los padres <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo del cónyuge o de la pareja doméstica <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura para jubilados <input type="checkbox"/> Cobertura según COBRA	<input type="checkbox"/> Seguro por medio de otro trabajo <input type="checkbox"/> Cobertura militar/TRICARE <input type="checkbox"/> Cobertura individual (a través del Mercado de Seguros Médicos) <input type="checkbox"/> Cobertura individual (por fuera del Mercado de Seguros Médicos) <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 o de la pareja doméstica:	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> De la vista	<input type="checkbox"/> Dental		
<input type="checkbox"/> Hijos:	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> De la vista	<input type="checkbox"/> Dental		

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. <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura. Firma del empleado: X	Fecha (mes/día/año)
Nombre del empleado EN LETRA DE IMPRENTA:	

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

Número de control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan	Código de cliente
1. 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>La cobertura médica está asegurada o administrada por Aetna Life Insurance Company, Aetna Health Insurance Company, y Aetna Health Inc.</i>				
Número de control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan	
2. 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 usted 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 tiene 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>Los planes dentales de Aetna están asegurados por Aetna Dental Inc. y Aetna Life Insurance Company.</i>				
Número 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>Los planes de seguro de la vista están asegurados por Aetna Life Insurance Company. First American Administrators, Inc., brinda ciertos servicios de administración de reclamos. EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed") brinda ciertos servicios de administración de la red.</i>				

E. Personas cubiertas. Enumere las personas a quienes usted desea inscribir o agregar, cambiar o retirar de 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. **Puede seleccionar un obstetra o ginecólogo, pero no está obligada a hacerlo. En cambio, puede recibir servicios ginecológicos o de obstetricia de su médico de cuidado primario.**

1	<input type="checkbox"/> Agregar	Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)
	<input type="checkbox"/> Cambiar					
	<input type="checkbox"/> Retirar					
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		Estado civil		Elige cobertura:		
/ /		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado legalmente		<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	N.º de identificación del consultorio del obstetra/ginecólogo	Paciente actual	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental	Paciente actual
		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí
2	<input type="checkbox"/> Agregar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social
	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica				
	<input type="checkbox"/> Retirar					
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	N.º de identificación del consultorio del obstetra/ginecólogo	Paciente actual	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental	Paciente actual
		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí
3	<input type="checkbox"/> Agregar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social
	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____				
	<input type="checkbox"/> Retirar					
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		Discapacitado		Elige cobertura:		
/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental	Paciente actual		
		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí		
4	<input type="checkbox"/> Agregar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social
	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____				
	<input type="checkbox"/> Retirar					
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		Discapacitado		Elige cobertura:		
/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental	Paciente actual		
		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí		
5	<input type="checkbox"/> Agregar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social
	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____				
	<input type="checkbox"/> Retirar					
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		Discapacitado		Elige cobertura:		
/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental	Paciente actual		
		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí		
6	<input type="checkbox"/> Agregar	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social
	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____				
	<input type="checkbox"/> Retirar					
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		Discapacitado		Elige cobertura:		
/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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	N.º de identificación del consultorio del proveedor dental	Paciente actual		
		<input type="checkbox"/> Sí		<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, Aetna Health Insurance Company, Aetna Health Inc. y Aetna Dental Inc. (denominada "Aetna"). Para la cobertura de la vista, First American Administrators, Inc. brinda algunos servicios de administración de reclamos. EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed") brinda ciertos servicios de administración de la red.

1. La solicitud de mi empleador determina la cobertura. No tendré cobertura hasta que en Aetna aprueben mi forma de inscripción y la solicitud del empleador. Aunque Aetna apruebe la solicitud del empleador, cualquier declaración falsa u omisión intencional puede dar como resultado lo siguiente:

- Rechazo de reclamos futuros.
- Rescisión de mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de entrada en vigor; excepto cuando la cobertura haya estado vigente durante dos años, la rescisión solo se puede basar en fraude.
- La reevaluación de mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de entrada en vigor, con motivo de determinar elegibilidad y 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).

Sí, escojo recibir notificaciones electrónicas.

No, escojo no recibir notificaciones electrónicas.

En cualquier momento, usted puede solicitar retirar su consentimiento con 30 días de aviso previo para dar tiempo suficiente a Aetna de actualizar la información. Si no se proporciona el aviso con 30 días de anticipación, la solicitud no tendrá efectos hasta el mes siguiente.

2. Para respaldar las coberturas enumeradas en esta forma de inscripción, es posible que Aetna necesite información sobre antecedentes, servicios o tratamientos médicos brindados a cualquiera de las personas mencionadas en esta solicitud. Esto puede incluir información sobre salud mental y trastorno por uso de sustancias. 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 para el cuidado de la salud ("proveedores"), incluidos los siguientes:
 - Farmacias.
 - Administradores de la base de datos de beneficios de farmacia.

3. Autorizo que Aetna use y divulgue dicha información 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.

Continúa en la página siguiente.

Condiciones de inscripción (continuación)

4. He analizado los términos de esta autorización con mis dependientes adultos competentes. Esta autorización es válida durante 30 meses a partir de la fecha de la firma. 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, se puede ver afectada la posibilidad de que me inscriba en el plan. Tengo derecho a revocar esta autorización mediante una notificación por escrito a Aetna. No puedo revocar la autorización de aquella información que haya sido utilizada o divulgada antes de revocar mi autorización. 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.
 - Los médicos, los hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud participantes son contratistas independientes. No son agentes ni empleados de Aetna. No podemos garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. Las redes de proveedores están sujetas a cambios. Brindaremos una notificación de los cambios de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
5. Entiendo que, con ciertas excepciones descritas en los documentos del plan, a través de los planes de HMO y DMO® solo se brinda cobertura de beneficios dentro de la red. 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 de medicamentos genéricos por productos de marca, 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 las secciones "Condiciones de inscripción" y "Declaraciones falsas" en esta forma de inscripción para empleados. Entiendo que, en caso de no firmar esta forma en 31 días, o si Aetna no recibe la forma dentro de un período razonable, mi elegibilidad podría verse afectada.

Autorizo 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.

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

Declaraciones falsas: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información falsa de hechos sustanciales o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos sustanciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito. Consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Firma del empleado SOLO en caso de solicitar cobertura para usted o sus dependientes.

Fecha (mes/día/año)

Firma del empleado (obligatoria)

X