



Solicitud de inscripción/cambio en Aetna VisionSM Preferred

Aetna Life Insurance Company

Aetna Life Insurance Company
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

Instrucciones: Consulte las instrucciones al dorso antes de completar este formulario. Usted 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.

| | | | | |
|---|---------|--------|--------|-------------|
| Información de grupo de empleador (debe ser completado por el empleador) | Control | Sufijo | Cuenta | N.º de plan |
| Nombre del empleador – 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 - E. Completar con letra de imprenta legible.

| | | | |
|--|---|--|--|
| Inscripción – Marque una opción. <input type="checkbox"/> Nuevo inscrito/solicitante Fecha de entrada en vigor: ____/____/____ Fecha de contratación: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Recontratación/reactivación Fecha de recontratación/reactivación: ____/____/____ | Cambio – Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge <input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Control/sufijo/cuenta/plan: _____ Fecha del evento: ____/____/____ Razón: _____ | 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 <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura Fecha de entrada en vigor: ____/____/____ Razón: _____ | Continuación de cobertura, por ejemplo, COBRA, plan estatal – No todas las opciones están disponibles. Comuníquese con el empleador para conocer las opciones disponibles. Cobertura de: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependientes Duración de la continuación (meses): <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra _____ <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

| | | | |
|--|--|---------------------|------------------|
| N.º de Seguro Social | Apellido, nombre, inicial del segundo nombre | Teléfono particular | Teléfono laboral |
| Estado del empleado <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado | Dirección particular | N.º de apto. | Ciudad, estado |
| | | | Código postal |
| Primer idioma del solicitante (si no es inglés) Subscriber Primary Language (other than English) ¿Cuál es su primer idioma? What is your primary Language? | Incapacidad del solicitante ¿Tiene alguna incapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor indique la naturaleza de su incapacidad. | | |

C. Información sobre el producto

Aetna VisionSM Preferred
Es posible que Aetna VisionSM Preferred no esté disponible en todos los estados.

D. Personas cubiertas – Enumere a las personas a quienes usted inscribe, agrega, cambia o retira de la cobertura.

Si rechaza la cobertura para sus dependientes, marque esta casilla. * Brinde información detallada si responde "Sí" a continuación.

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| (A)gregar (C)ambiar (R)etirar | 1. Nombre del empleado – Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre | Código de relación | Sexo (M/F) |
| | | Propia | |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | N.º de Seguro Social | Otra cobertura de servicios de la visión | Actualmente con cobertura de Medicare |
| ____/____/____ | | Sí* <input type="checkbox"/> | Sí* <input type="checkbox"/> |
| | | N/A | N/A |
| (A)gregar (C)ambiar (R)etirar | 2. Nombre del cónyuge/pareja – Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección "Comentarios especiales"). | Código de relación | Sexo (M/F) |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | N.º de Seguro Social (Si el dependiente no tiene n.º de Seguro Social, escriba "Ninguno"). | Otra cobertura de servicios de la visión | Actualmente con cobertura de Medicare |
| ____/____/____ | | Sí* <input type="checkbox"/> | Sí* <input type="checkbox"/> |
| | | Sí <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> |

Continúa en la página 2

D. Personas cubiertas (continuación) – Enumere a las personas a quienes usted inscribe, agrega, cambia o retira de la cobertura.

* **Brinde información detallada si responde “Sí” a continuación.** Adjunte una hoja para incluir hijos adicionales.

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| (A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar | 3. Nombre del hijo – Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección “Comentarios especiales”). | | | Código de relación | Sexo (M/F) |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / | N.º de Seguro Social (Si el dependiente no tiene n.º de Seguro Social, escriba “Ninguno”). | Otra cobertura de servicios de la visión Sí* <input type="checkbox"/> | Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/> | Incapacitado Sí <input type="checkbox"/> | Estudiante Sí <input type="checkbox"/> |
| (A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar | 4. Nombre del hijo – Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección “Comentarios especiales”). | | | Código de relación | Sexo (M/F) |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / | N.º de Seguro Social (Si el dependiente no tiene n.º de Seguro Social, escriba “Ninguno”). | Otra cobertura de servicios de la visión Sí* <input type="checkbox"/> | Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/> | Incapacitado Sí <input type="checkbox"/> | Estudiante Sí <input type="checkbox"/> |
| (A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar | 5. Nombre del hijo – Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección “Comentarios especiales”). | | | Código de relación | Sexo (M/F) |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / | N.º de Seguro Social (Si el dependiente no tiene n.º de Seguro Social, escriba “Ninguno”). | Otra cobertura de servicios de la visión Sí* <input type="checkbox"/> | Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/> | Incapacitado Sí <input type="checkbox"/> | Estudiante Sí <input type="checkbox"/> |
| (A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar | 6. Nombre del hijo – Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección “Comentarios especiales”). | | | Código de relación | Sexo (M/F) |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / | N.º de Seguro Social (Si el dependiente no tiene n.º de Seguro Social, escriba “Ninguno”). | Otra cobertura de servicios de la visión Sí* <input type="checkbox"/> | Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/> | Incapacitado Sí <input type="checkbox"/> | Estudiante Sí <input type="checkbox"/> |

- Si marcó “Sí” en “**Otra cobertura de servicios de la visión**” o en “**Actualmente con cobertura de Medicare**” más arriba, indique las fechas entrada en vigor, el nombre y n.º de póliza de la compañía de seguros, el plan de servicios de la visión u otra fuente y su **n.º de identificación de miembro**.
- ¿Alguno de los dependientes detallados anteriormente vive en una dirección diferente de la del empleado? Sí No En caso afirmativo, ¿quiénes y cuál es su dirección?

Comentarios especiales:

E. 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 1. | <input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____ | <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 | Hijo 4. | <input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____ | <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 |
| Cónyuge/ pareja 2. | <input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____ | <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 | Hijo 5. | <input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____ | <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 |
| Hijo 3. | <input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____ | <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 | Hijo 6. | <input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____ | <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 |

Condiciones de inscripción

Reconocimiento y aceptación del solicitante

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en las páginas 1 y 2, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Reconozco que al inscribirme en un plan Aetna VisionSM Preferred la cobertura es asegurada por Aetna Life Insurance Company (denominada "Aetna") y que First American Administrators, Inc. (una afiliada de EyeMed Vision Care, LLC), o sus afiliadas brindan ciertas adjudicaciones de reclamos y otros servicios administrativos.
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 de parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, optometrista, profesional de la salud, hospital u organización para la atención de salud ("Proveedores") proporcione a Aetna o a su agente información relacionada con la historia médica, los servicios o los tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud de inscripción/cambio, incluida la información sobre salud mental y abuso de sustancias. Además, autorizo a que Aetna use esta información y la divulgue a los afiliados, Proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, prestadores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi atención o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan de salud o 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 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 determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros 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 ningún proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. La notificación de los cambios se brindará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.

Al marcar esta casilla usted acuerda utilizar el sitio en Internet de autoservicio para miembros de Aetna, para acceder a todo el material impreso futuro. También entiende que puede elegir recibir los documentos impresos en el futuro.

Firma del empleado

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 las secciones "Condiciones de inscripción" y "Declaraciones falsas" de esta solicitud de inscripción/cambio para empleados.

Declaraciones falsas: Toda persona que, conscientemente y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamo o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

| <i>Firma del empleado (obligatorio)</i> | <i>Fecha (mes/día/año)</i> | <i>Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)</i> |
|---|----------------------------|--|
| X | / / | |

Verificación del empleador (debe ser completado por el empleador)

| <i>Firma del empleador (obligatorio)</i> | <i>Cargo</i> | <i>Fecha (mes/día/año)</i> |
|--|--------------|----------------------------|
| X | | / / |

Instrucciones

Empleador

- Complete la **información de grupo de empleador** al comienzo de la página 1.
- Complete la **verificación del empleador** debajo de la firma del empleado en la página 3. El empleado debe firmar y fechar la solicitud de inscripción/cambio para que puedan procesarse las nuevas inscripciones o los cambios de cobertura.

Empleado – Complete las secciones A - E. Es posible brindar información adicional sobre dependientes y otros datos en una hoja aparte. Todos los adjuntos deben estar firmados y fechados.

Sección A – Tipo de actividad:

- Marque las casillas que indiquen los motivos por los que se presenta esta solicitud de inscripción/cambio.
- Informe las fechas de entrada en vigor y las fechas de los eventos donde corresponda.

Sección B – Información del empleado:

- Complete **toda** la información para que su solicitud de inscripción/cambio pueda procesarse.

Sección C – Información sobre el producto

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 y el de sus dependientes en letra de imprenta, si corresponde. Indique el sexo, la fecha de nacimiento y el número de seguro social de cada una de las personas.
 - *Código de relación* – Use **SOLO**: E=Esposo, Esa.=Esposa, H=Hijo, Ha.=Hija, Y=Empleado patrocinado, X=Empleada patrocinada. **Si el dependiente NO es su cónyuge o hijo biológico o legalmente adoptado, indique la relación con el empleado en la sección “Comentarios especiales”.**
- Si usted o sus dependientes tienen **otra cobertura de servicios de la visión** o se encuentran **actualmente con cobertura de Medicare**, marque la casilla que dice “Sí” e indique las fechas de entrada en vigor y de finalización de la cobertura, el nombre y número de póliza de la compañía de seguros, el plan de servicios de la visión u otra fuente, y su **n.º de identificación de miembro** para el plan de seguro en el espacio que se le ofrece en el punto 1.
- Si un dependiente está incapacitado y depende económicamente de usted, marque “Sí” y brinde prueba del estado de incapacidad expedida por el médico tratante.
- Si un dependiente es estudiante, marque “Sí”. Consulte las definiciones del plan en su *Resumen de Cobertura*. Aetna puede solicitarle que brinde un comprobante de la institución educativa.

Sección E – Raza/grupo étnico (opcional): Seleccione el código de raza/grupo étnico correspondiente a cada persona. Si su raza/grupo étnico es “Otro”, escriba con letra de imprenta la raza/grupo étnico de cada persona en el espacio proporcionado.

Condiciones de inscripción y declaraciones falsas – Firma del empleado: El empleado debe firmar y fechar la solicitud de inscripción/cambio para que puedan procesarse las nuevas inscripciones o los cambios de cobertura.