



# Solicitud de cambio de cobertura para empleados de pequeñas empresas – CA

(Sólo para inscripciones existentes)

**EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE CALIFORNIA, SIEMPRE QUE APAREZCA EL TÉRMINO "CÓNYUGE" SE INTERPRETARÁ TAMBIÉN COMO COMPAÑERO DOMÉSTICO.**

## Instrucciones:

Antes de solicitar un nuevo plan, por favor lea el folleto de Aetna en el que se describe el plan que desea elegir.

Asegúrese de estar familiarizado con los beneficios, copagos, deducibles anuales y con las limitaciones y exclusiones del plan que elija. El plan que usted elige debe formar parte de la cobertura de beneficios de la pequeña empresa de su empleador.

1. Usted, el empleado, debe completar esta solicitud. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos.
2. Deben responderse, por completo, todas las preguntas y deben incluirse todas las firmas y fechas donde esté especificado. De lo contrario, es posible que se le devuelva la solicitud, lo que retrasará el procesamiento y probablemente también retrase la fecha de vigencia de la cobertura.
3. Escriba a máquina o con letra de imprenta legible, en tinta azul o negra.

## 1. Elección de cobertura – Deseo cambiar mi cobertura por la siguiente:

Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Class Code	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.
<b>1. Médica - Marcar una:</b> HMO: <input type="checkbox"/> 10/20 <input type="checkbox"/> 10/30 <input type="checkbox"/> 20/40 <input type="checkbox"/> 30/40 <input type="checkbox"/> HRA 750 25 <input type="checkbox"/> HRA 1500 40 <input type="checkbox"/> Con deducible 1000 40 Aetna Value Network <sup>SM</sup> HMO: <input type="checkbox"/> 10/20 <input type="checkbox"/> 20/40 <input type="checkbox"/> 30/40 Vitalidad México HMO: <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 EPO: <input type="checkbox"/> EPO 80 <input type="checkbox"/> EPO Limited MC: <input type="checkbox"/> 250 90/70 <input type="checkbox"/> 250 80/60 <input type="checkbox"/> 500 80/60 <input type="checkbox"/> 1000 80/50/50 <input type="checkbox"/> 1000 70/50 <input type="checkbox"/> 2000 80/50/50 <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> HRA HDHP 3000 80/50 <input type="checkbox"/> HRA HDHP 5000 80/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 2300 80/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 3000 100/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 3300 80/50 PPO: <input type="checkbox"/> 500 90/70 <input type="checkbox"/> Aetna Indemnity <input type="checkbox"/> Out-of-State					<b>2. Dental - Marcar uno (si corresponde).</b> <b>Planes estándar:</b> <input type="checkbox"/> 1 - DMO <sup>®</sup> Access <input type="checkbox"/> 2 - DMO <sup>®</sup> Plus (Plan 58) <input type="checkbox"/> 3 - Freedom-of-Choice Basic: <input type="checkbox"/> DMO <sup>®</sup> o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> 4 - Freedom-of-Choice Plus: <input type="checkbox"/> DMO <sup>®</sup> o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> 5 - PPO 1000 Active <input type="checkbox"/> 6 - PPO 1500 <input type="checkbox"/> 7 - PPO 1500 Active <input type="checkbox"/> 8 - PPO 2000 <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO <b>Planes voluntarios:</b> <input type="checkbox"/> Opción V1 - DMO <sup>®</sup> Access <input type="checkbox"/> Opción V2 - DMO <sup>®</sup> Plus (Plan 58) <input type="checkbox"/> Opción V3 - PPO 1000 Active <input type="checkbox"/> Opción V4 - PPO 1500 <input type="checkbox"/> Opción V5 - PPO 1500 Active <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO Antes de hoy, ¿tenía usted cobertura con este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<b>3. Vida</b> <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico/AD&D Ultra <sup>®</sup> <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente Designación del beneficiario <b>Nombre completo</b> (primer nombre, segundo nombre, apellido) Número de seguro social del beneficiario Relación que tiene con el empleado		

## 2. Información del afiliado – Por favor, complete esta parte SÓLO si hubo cambios recientes.

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre				Número de seguro social o de identificación (ID)			
Dirección (no se aceptan apartados postales)			Apto. N°	Ciudad, Estado			Código Postal
Teléfono de residencia		Teléfono del trabajo		N° de dependientes incluyendo cónyuge		Número de seguro social o de identificación (ID) del cónyuge	
Cargo que ocupa		Nombre del empleador					N° de horas trabajadas por semana

3. Información del afiliado y su familia – *Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. De ser necesario, inserte hojas adicionales. Si el apellido de su cónyuge es diferente del suyo, ¿es su compañero(a) doméstico(a)?*  Sí  No

1. Nombre propio (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Número de seguro social		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) legalmente	Número de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>

2. Nombre del cónyuge (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Número de seguro social	Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado civil <input type="checkbox"/> Diferente apellido	Número de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>

3. Nombre del hijo/de la hija (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Número de seguro social	Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado civil <input type="checkbox"/> Diferente apellido <input type="checkbox"/> Vive en otro domicilio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (19+) <input type="checkbox"/> Incapacitado(a) (19+)	Número de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>

4. Nombre del hijo/de la hija (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Número de seguro social	Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado civil <input type="checkbox"/> Diferente apellido <input type="checkbox"/> Vive en otro domicilio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (19+) <input type="checkbox"/> Incapacitado(a) (19+)	Número de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>

4. Antecedentes médicos de los miembros actualmente inscritos - Proporcione la información médica requerida si alguno de los miembros de la familia ha sido hospitalizado, ha visitado a un médico u otro proveedor de atención de salud o ha tomado medicamentos recetados en los últimos 6 meses.

AVISO: La ley de California prohíbe que las compañías de seguro de salud requieran o utilicen la prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

Nombre de la persona	Enfermedad	Medicamento recetado	Dosificación	Aún toma el medicamento
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. Declaraciones falsas

**Atención residentes de California:** para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el siguiente aviso: Toda persona que conscientemente presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

## 6. Autorización

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. He leído y estoy de acuerdo con las secciones Condiciones de autorización de inscripción y Declaraciones falsas en esta solicitud de cambio de cobertura para empleados de pequeñas empresas de **California**.

Entiendo que, en caso de no firmar y devolver esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a mi fecha de elegibilidad, o si por cualquier motivo Aetna no recibiera notificación del pedido de transacción anterior dentro de un período razonable posterior al hecho, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada.

Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo, al menos 30 horas semanales, para este empleador en el lugar usual de trabajo.

**INSCRITOS EN PLANES CA HMO - AVISO DE ARBITRAJE OBLIGATORIO: TODA DISPUTA QUE SURJA DE, O ESTÉ RELACIONADA CON LA MEMBRESÍA AL PLAN DE SALUD SERÁ DETERMINADA A TRAVÉS DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO Y NO POR MEDIO DE UN JUICIO NI RECURRIENDO A UN PROCESO LEGAL, EXCEPTO SEGÚN LO ESTIPULA LA LEY DE CALIFORNIA PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCESOS DE ARBITRAJE. EL ACUERDO DE ARBITRAJE INCLUYE, ENTRE OTRAS, DISPUTAS ASOCIADAS A LA SUPUESTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL O A LA MALA PRAXIS MÉDICA, ES DECIR, SI ALGUNO DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR ESTE ACUERDO NO FUERA NECESARIO, NO FUERA AUTORIZADO O FUERA PROPORCIONADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE. EL ACUERDO DE PLAN DE SALUD TAMBIÉN LIMITA DETERMINADOS RECURSOS Y PUEDE LIMITAR LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN EJEMPLARIZANTE. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, CONSULTE LA EVIDENCIA DE COBERTURA.**

Entiendo que estoy renunciando al derecho constitucional de resolver las disputas en un tribunal ante un jurado, y en su lugar acepto el uso del arbitraje obligatorio. Esto significa que los miembros no podrán llevar sus casos a juicio en un tribunal. También entiendo que el acuerdo contiene limitaciones con respecto a ciertos recursos y que puede haber limitaciones al cobro de indemnización ejemplarizante.

<i>Firma del empleado</i> X	<i>Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)</i>	<i>Fecha (Mes/Día/Año)</i>
--------------------------------	--	----------------------------

**DMHC Written Notice of Availability of Language Assistance**

**HMO and DMO-based plans - IMPORTANT:** Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-877-287-0117.

**Planes basados en DMO y HMO - IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder leerla, le brindamos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, por favor llame de inmediato al 1-877-287-0117.

**DOI Written Notice of Availability of Language Assistance**

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-877-287-0117. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 English

**Servicios de idiomas sin costo.** Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-877-287-0117. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

**免費語言服務。** 您可獲得口譯員服務，用中文把文件唸給您聽。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-877-287-0117 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。 Chinese

**Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và được người khác đọc giúp các tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-877-287-0117. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese.

**무료 통역 서비스.** 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-877-287-0117번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

**Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika.** Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-877-287-0117. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

**Անվճար Լեզվական Տառարկություններ:** Հոյք կարող եք թարգման և լսել քերական և վստաստարկերը ընթերցել սույլ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ գանգահարեք ձեր ինքնաթղթի (ID) ստմսի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով գանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ասպահովագրության Բաժանմունք: Armenian

**Бесплатные услуги перевода.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-877-287-0117. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Russian

**無料の言語サービス** 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-877-287-0117までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。 Japanese

**خدمات مجاني مربوط به زبان.** میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-877-287-0117 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

**ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ:** ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-877-287-0117 'ਤੇ ਸਾਨ ਫ਼ਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੋਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

**សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ ។** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាន បង្ហាញនៅលើកាត់ស្នាក់នៅរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនី តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

**خدمات ترجمه بدون تکلفه.** يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-877-287-0117. للحصول على المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم Arabic.1-800-927-4357

**Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi.** Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntwav ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj ny ob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-877-287-0117. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong