



Solicitud de elección de cobertura dental/de seguro de vida de grupo para empleados de pequeñas empresas de California

Esta solicitud será utilizada por los actuales miembros del plan médico de Aetna dentro de los 60 días a partir de la fecha de vigencia original del plan médico de Aetna.

Las coberturas de seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, e incapacidad están aseguradas por Aetna Life Insurance Company. Los planes dentales son proporcionados por Aetna Dental of California, Inc., y Aetna Life Insurance Company.

A. Información del solicitante

Número de seguro social del solicitante	o	Número de identificación (ID) del miembro
Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del solicitante		

B. Selección de la cobertura

Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Class Code	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Class Code
1. Dental – Por favor elija su plan dental Planes estándar: <input type="checkbox"/> 1 - DMO Basic <input type="checkbox"/> 2 - DMO Plus <input type="checkbox"/> 3 - Freedom-of-Choice Basic: <input type="checkbox"/> DMO o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> 4 - Freedom-of-Choice Plus: <input type="checkbox"/> DMO o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> 5 - PPO \$1,000 Planes voluntarios: <input type="checkbox"/> V1 – Vol. DMO Basic <input type="checkbox"/> V2 - Vol. DMO Plus <input type="checkbox"/> V3 - Vol. PPO \$1,000 <input type="checkbox"/> V4 - Vol. PPO \$1,000 Active <input type="checkbox"/> V5 - Vol. PPO \$1,000 Max <input type="checkbox"/> V6 - Vol. PPO \$1,500 <input type="checkbox"/> V7 - Vol. PPO \$1,500 Active <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO					2. De vida – Por favor elija su cobertura de vida (Nota: Su empleador debe ofrecer el plan). <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico/AD&D Ultra™ <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente <input type="checkbox"/> Plan paquete de seguro de vida e incapacidad Designación del beneficiario - Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido) Número de seguro social del beneficiario Relación que tiene con el empleado				
(Nota: Por favor regístrese en Aetna Navigator o comuníquese con Servicios al Cliente para elegir un dentista de cuidado primario PCD para todos los miembros de la familia que elijan DMO). Antes de hoy, ¿tenía usted cobertura con este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
La cobertura de ortodoncia está incluida en las opciones de planes estándar 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 y en las opciones de planes voluntarios V1, V2, V6 y V7 únicamente para grupos con 10 o más empleados elegibles.									

C. Personas cubiertas – Por favor enumere todas las personas que recibirán cobertura dental o, si desea que las mismas personas que están cubiertas con el plan médico de Aetna reciban la cobertura, por favor marque aquí.

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Sexo M/F	Número de seguro social	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Cobertura elegida
				<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida
				<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida
				<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida
				<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida

D. Otro seguro

<p>PRUEBA DE COBERTURA PREVIA – IMPORTANTE (Obligatorio) ¿Alguna de las personas que se está inscribiendo en esta solicitud tiene cobertura previa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", proporcione los nombres de los solicitantes, fechas de inicio y terminación de la cobertura previa.</p> <hr/> <p><i>Se debe incluir la prueba de cobertura con esta solicitud para la comprobación de crédito de condiciones preexistentes.</i></p>	<p>Las formas de prueba aceptables son:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Certificado de cobertura comprobable de su compañía de seguros anterior,2. Copia de su tarjeta de identificación (ID) o del recibo de sueldo más reciente que muestre la deducción de su cobertura médica, o3. Copia de la factura de la prima médica más reciente de su compañía de seguros anterior. <p>No proporcionar la Prueba de Cobertura Previa puede causar que usted o un miembro de su familia quede sujeto a la limitación de condiciones preexistentes sin crédito por cobertura previa. Puede conseguir un Certificado de Cobertura Comprobable de su compañía de seguros anterior.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

ES IMPORTANTE QUE USTED LEA Y COMPRENDA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR. Al presentar esta solicitud y pedir la cobertura, yo, en mi nombre y en el de los dependientes enumerados en esta solicitud, acepto y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Esta cobertura depende de la aceptación de la cobertura médica de Aetna.
2. Todos los términos y condiciones acordados según la solicitud de cobertura médica de Aetna aplican a cualquiera de los productos dentales o de seguro de vida.

Firma del solicitante X	Fecha (Mes/Día/Año)
----------------------------	---------------------

E. DMHC Written Notice of Availability of Language Assistance

<p><u>HMO and DMO-based plans</u> - 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.</p> <p><u>Planes basados en DMO y HMO</u> - 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.</p>

F. Traditional Plans

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 Լեզվալեզան Օգնություններ: Հույ՛ր կարող էք թարգման և ներբերել և փաստաթղթերը ընթերցել սալ ևեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար ևեզ գտնվող հարկեր և ներբերության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով գտնվող հարկեր Կալիֆորնիայի Ապահովագրության 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。Japanesc

خدمات مجاني مربوط به زبان. میتوانيد از خدمات يك مترجم شفاهي استفاده كنيد و بگوئيد مدارك به زبان فارسي براي اين خوانده شوند. براي دريافت كمك، با ما از طريق شماره تلفني كه روي كارت شناسائي شما قيد شده است و يا اين شماره 1-877-287-0117 تماس بگيريد. براي دريافت كمك بيشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بيمه كاليفرنيا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن كنيد. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ 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 ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាន បង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمه بدون تکلفة. 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 1-800-927-4357 Arabic.

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob 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