

NOTA: Antes de enviarle a su empleador esta solicitud diligenciada, usted puede proteger la confidencialidad de su información de salud colocando cinta o grapando la solicitud de manera que las páginas 2 y 3 no sean visibles.



Solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de California (2 a 50 empleados elegibles)

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

La cobertura es proporcionada por las siguientes entidades: Aetna Health of California Inc. para HMO, Aetna Dental of California Inc. para Dental (sólo DMO®) y Aetna Life Insurance Company para todas las demás coberturas.

Número de grupo
Número de seguro social del solicitante

Nombre de la compañía	INSTRUCCIONES: Usted, el empleado, debe completar esta solicitud de inscripción en su totalidad, de lo contrario se le devolverá, lo que retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. Si se inscribe, asegúrese de firmar y colocar la fecha en el campo "Firma del empleado" en la página 5. Si renuncia a la cobertura, complete las secciones B y Rechazo/Renuncia de cobertura en la página 5 únicamente.
-----------------------	---

Fecha de vigencia	<input type="checkbox"/> Nueva contratación	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo dependiente	<input type="checkbox"/> Terminación del empleado	COBRA/Cal-COBRA para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra ____ Fecha original del evento calificador
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Reconstratación/Reactivación	<input type="checkbox"/> Cambio de cobertura	<input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijo(a) dependiente	
	<input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	
	<input type="checkbox"/> Inscripción tardía	<input type="checkbox"/> Otra _____		

A. Selección de la cobertura – Por favor, completar con letra de imprenta legible y tinta negra.

Control/Group No.	Suffix	Acct	Plan No.	Class Code	Control/Group No.	Suffix	Acct	Plan No.	Control/Group No.	Suffix	Acct	Plan No.
1. Médica - Marcar una: HMO: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> HRA 750 <input type="checkbox"/> HRA 1500 <input type="checkbox"/> Con deducible 1000 Aetna Value NetworkSM HMO: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 Vitalidad México HMO: <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 EPO: <input type="checkbox"/> EPO 80 MC: <input type="checkbox"/> 250 90/70 <input type="checkbox"/> 250 80/60 <input type="checkbox"/> 500 80/60 <input type="checkbox"/> 750 80/50/50 <input type="checkbox"/> 1000 80/50/50 <input type="checkbox"/> 1000 70/50 <input type="checkbox"/> 2000 80/50/50 <input type="checkbox"/> 2500 75/50 <input type="checkbox"/> 10,000 100/50 <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> HRA HDHP 3000 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"/> 750 80/60 <input type="checkbox"/> Aetna Indemnity <input type="checkbox"/> Out-of-State					2. Dental - Marcar una (si corresponde). Planes estándar: <input type="checkbox"/> 1 - DMO® Access <input type="checkbox"/> 2 - DMO® Plus (Plan 58) <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 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 Planes voluntarios: <input type="checkbox"/> Opción V1 - DMO® Access <input type="checkbox"/> Opción V2 - DMO® 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					3. Vida <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico/AD&D Ultra™ <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente <hr/> Designación del beneficiario Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido) <hr/> Número de seguro social del beneficiario <hr/> Relación con el empleado <hr/> Independientemente de si se inscribe en la cobertura o renuncia a ella, debe firmar la página 5 de la solicitud.		

B. Datos del empleado - Debe ser completado por el empleado.

Número de identificación del miembro de Aetna (si está disponible)	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Cargo que ocupa	Teléfono de residencia
Dirección de residencia	Apto. N°	Ciudad, Estado	Código postal
Dirección del trabajo	Ciudad, Estado	Código postal	Teléfono del trabajo
Sueldo: \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal	Primer idioma (opcional)	Número de horas trabajadas por semana	Marcar uno <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal
			Número de dependientes incluyendo cónyuge

C. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. De ser necesario, inserte hojas adicionales.

1. Nombre del empleado (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	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del proveedor PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	
2. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado <input type="checkbox"/> Diferente apellido	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del proveedor PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	
3. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otra	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado <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+)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del proveedor PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	
4. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otra	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado <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+)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del proveedor PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	
5. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otra	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado <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+)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del proveedor PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	
6. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otra	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Estado <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+)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del proveedor PCP	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	

D. Información del dependiente

Enumere cualquier dependiente de la Sección C que viva en otro domicilio.	Nombre:	Motivo:	Dirección:
Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.	Nombre:	Motivo:	

Si tiene más de 19 años de edad y es estudiante de tiempo completo, proporcione la siguiente información:

Nombre del hijo	Nombre de la institución educativa	Fecha esperada de graduación	Número de horas crédito

E. Información de Medicare

Nombre de la persona	Medicare Parte A	Medicare Parte B	Medicare Parte D	Más de 65 años	Incapacidad	Fecha efectiva de enfermedad renal en etapa terminal
	<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	
	<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	

F. Otro seguro

¿Alguna de las personas que se inscribe en esta solicitud tiene cobertura actual o previa? Sí No

Se debe incluir la prueba de cobertura con esta solicitud para la comprobación de crédito de condiciones preexistentes y si el empleado renuncia a la cobertura. **Entre las formas aceptables de prueba se incluyen:**

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, o
3. Copia de la factura de la prima médica más reciente de su compañía de seguros anterior.

Si no presenta prueba de cobertura previa, usted o un miembro de su familia puede estar sujeto a la limitación completa de condiciones preexistentes sin crédito por cobertura previa. Puede solicitar un certificado de cobertura comprobable a su compañía de seguros anterior.

Nombre de la persona cubierta	Compañía de seguros	Número de grupo	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Médica	Cobertura Dental
					<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

G. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 2 a 10 empleados

Antecedentes médicos de los empleados y sus dependientes. La siguiente información es confidencial y no será enviada ni proporcionada a su empleador.

- TODAS las preguntas deben ser respondidas por usted y por sus dependientes o la solicitud le será devuelta.
- Las solicitudes incompletas pueden retrasar la fecha de vigencia de su cobertura.

En los últimos cinco (5) años, ¿alguna de las personas nombradas en la solicitud ha visitado un proveedor de atención de salud ha recibido recomendación de tratamiento, o tratamiento, esto incluye medicamentos con receta, o ha sido hospitalizada por alguna de las siguientes condiciones?

	Sí	No
1. Ataque cardíaco, soplo cardíaco, ataque cerebral, dolor en el pecho, presión sanguínea alta, anemia, várices u otros trastornos del corazón, de la sangre(excepto infección con VIH), de los vasos sanguíneos o por tener un alto nivel de colesterol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Úlcera; colitis; cálculos biliares o cualquier otro trastorno del estómago, de los intestinos, del recto, del páncreas o del hígado; o hepatitis B o C ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cáncer, quistes o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer: indique el estadio, si se conoce. _____		
4. Trastornos en riñones, glándulas suprarrenales, glándula tiroidea, sistema urinario, órganos masculinos o femeninos, infertilidad, disfunción menstrual o enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Asma, enfisema, tuberculosis, o cualquier otro trastorno pulmonar o del sistema respiratorio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Migrañas, períodos de desvanecimientos, epilepsia, trastornos mentales o nerviosos, depresión, parálisis o cualquier otro trastorno del cerebro o del sistema nervioso Si es epiléptico, fecha de la convulsión más reciente: ____ / ____ / ____ (mes/día/año).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lupus; artritis; problemas lumbares o cualquier otro trastorno de las articulaciones, los músculos o los huesos, incluyendo dispositivo protésico o implantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cualquier problema congénito, deformación o defecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha sido informada de que tiene un trastorno de inmunodeficiencia (excepto VIH), SIDA o complejo asociado al SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna persona ha sido tratada por alcoholismo o por otra adicción a drogas o sustancias, incluido el uso de cualquier otro fármaco ilegal o controlado, o se le ha aconsejado que buscara tratamiento para ésta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna persona ha sido diagnosticada con diabetes? En caso afirmativo, anote la fecha del diagnóstico: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(mes/día/año)..... <input type="checkbox"/> Dependiente de la insulina <input type="checkbox"/> No dependiente de la insulina		
12. a. ¿Está actualmente embarazada alguna de las mujeres que solicita cobertura? En caso afirmativo, anote la fecha probable de parto: ____ / ____ / ____ (mes/día/año).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido alguna complicación hasta el momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Se espera un embarazo múltiple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Si es hombre y está nombrado en esta solicitud, ¿hay alguna mujer esperando un hijo suyo, aunque la madre no esté nombrada en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna de las personas ha tomado medicamentos recetados durante los últimos 12 meses? En caso afirmativo, enumérelos en la página siguiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿El resultado de un examen físico ha sido anormal para alguna de los personas o se le ha aconsejado que se someta a una prueba, cirugía o tratamiento adicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna de las personas ha estado internada en un hospital, clínica, centro quirúrgico, sanatorio u otra instalación médica como paciente ambulatorio o de internación (excluyendo el parto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguno de los nombrados en esta solicitud consume productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipas, cigarros puros o tabaco para mascar? En caso afirmativo, marque los casilleros correspondientes. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En estos cinco años, ¿alguna de las personas ha tenido condiciones médicas o síntomas no descritos en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN I EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

Si agregó hojas adicionales, marque aquí e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

H. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 11 a 50 empleados

Antecedentes médicos de los empleados y sus dependientes. La siguiente información es confidencial y no será enviada ni proporcionada a su empleador.

- TODAS las preguntas deben ser respondidas por usted y por sus dependientes o el formulario de inscripción le será devuelto.
- Los formularios de inscripción incompletos pueden retrasar la fecha de vigencia de la cobertura.

En los últimos cinco (5) años, usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes:

Sí No

1. ¿Ha tenido, ha debido consultar, recibir tratamiento, recibir recomendación de tratamiento o ha sido hospitalizado por alguna de las siguientes condiciones? Enfermedades cardiovasculares o ataque cardíaco, ataque cerebral; trastorno en riñones, estómago, intestinos o hígado; enfermedades musculoesqueléticas; trastornos mentales o nerviosos; trastorno del sistema nervioso central; diabetes; cualquier trastorno pulmonar o del sistema respiratorio; cáncer o trastorno de inmunodeficiencia (excepto VIH), SIDA o complejo asociado al SIDA
2. ¿Usted o alguna de las personas que solicitan cobertura ha visitado a un profesional de la salud por cualquier enfermedad y/o condición médica que haya causado gastos médicos por más de \$5,000 en los últimos 24 meses?.....
3. ¿Usted o alguna de las personas que solicitan cobertura ha sido informada en los últimos 12 meses que la hospitalización, la cirugía o el tratamiento son necesarios o están pendientes?.....
4. a. ¿Está actualmente embarazada alguna de las mujeres que solicita cobertura?
b. Si es hombre y está nombrado en esta solicitud, ¿hay alguna mujer esperando un hijo suyo, aunque la madre no esté nombrada en esta solicitud?.....
5. ¿Alguno de los nombrados en esta solicitud consume productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipas, cigarros puros o tabaco para mascar? En caso afirmativo, marque los casilleros correspondientes. Empleado Cónyuge.....

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN I A CONTINUACIÓN.

I. Cuestionario de salud – Detalles para las respuestas afirmativas de las Secciones G y H.

Número de pregunta	Nombre de la persona	Condición	Fecha del diagnóstico	Fecha en que terminó el tratamiento	Medicamentos recetados	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
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si agregó hojas adicionales, marque aquí e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

Condiciones de inscripción (continúa en la página 5)

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

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

1. Reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será proporcionada por las siguientes entidades (denominadas en forma colectiva como "Aetna"):
 - HMO de Aetna: Aetna Health of California Inc.
 - DMO Dental de Aetna: Aetna Dental of California Inc.
 - Coberturas de seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, dental y todas las demás coberturas de salud: Aetna Life Insurance Company.
2. Entiendo y estoy de acuerdo en que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura, y que no habrá cobertura a menos que y hasta tanto las solicitudes del empleado elegible y la del empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Aetna. Incluso si esta solicitud fuese aprobada, cualquier inexactitud u omisión, **excepto que se trate de factores relacionados con el estado de salud**, puede ocasionar la denegación de reclamos posteriores y la reevaluación de la póliza o mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de vigencia, con motivo de determinar elegibilidad y clasificación. **Para las coberturas de seguro de vida:** entiendo que la fecha de vigencia del seguro para mí o para cualquiera de mis dependientes está sujeta a que yo sea trabajador activo en dicha fecha y que la fecha de vigencia del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos del estado de salud de los dependientes correspondientes al plan de beneficios. Además, entiendo que ningún seguro sujeto a la evidencia de buena salud o de la información médica entrará en vigor hasta que Aetna otorgue su consentimiento por escrito.
3. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud de inscripción 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"), incluyendo farmacias o administradores de la base de datos de beneficios de farmacia, proporcione a Aetna o a su agente información concerniente a la historia médica, historia de utilización de prescripciones, 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 SIDA. Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, proveedores, 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.

Condiciones de inscripción (continuación de la página 4)

- 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 Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act*). Esta autorización es válida 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 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 estoy de acuerdo en 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 estoy de acuerdo en que, con algunas de las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO y DMO® ofrecen solamente cobertura para los beneficios remitidos y que, para estar cubierto, los servicios deben ser prestados por un médico de cuidado primario, o dentista de cuidado primario participante, o por el especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante, conforme a lo autorizado por la remisión de un médico de cuidado primario participante.
 7. Entiendo y estoy de acuerdo en que, según se indica en los documentos del plan y al inscribirme para cobertura médica, cualquier condición preexistente de mi cónyuge, dependientes o mía podrá no contar con cobertura durante 6 meses.

Declaraciones falsas

8. 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.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber o entender. He leído y estoy de acuerdo con las secciones Condiciones de inscripción y Declaraciones falsas en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de **California** (2 a 50 empleados elegibles). 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 no podré llevar el caso 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.

<input type="checkbox"/> ME INSCRIBO PARA LA COBERTURA: Firma del empleado X	Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)	Fecha (Mes/Día/Año)
---	--	---------------------

Rechazo/Renuncia de cobertura - Debe completarse si un empleado elegible y/o los miembros elegibles de su familia rechazan o rehúsan la cobertura médica y/o dental.

Comprendo que soy elegible para solicitar esta cobertura a través de mi empleador; sin embargo, renuncio a la cobertura como se menciona a continuación.

<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Vida	Motivos por los que se rechaza la cobertura (si correspondiera, adjunte frente y dorso de su tarjeta de identificación de salud): <input type="checkbox"/> Estar cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge - Nombre de la compañía de seguros y número de identificación: <input type="checkbox"/> Estar inscrito en otro seguro (marque el casillero correspondiente): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nombre de la compañía de seguros y número de identificación: _____ <input type="checkbox"/> El cónyuge está cubierto por la cobertura de grupo del empleador <input type="checkbox"/> No quiero
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Vida	
<input type="checkbox"/> Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Vida	

Certifico que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, decido no inscribirme. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que yo o mis dependientes tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo. Con la inscripción en este plan, las condiciones preexistentes pueden no contar con cobertura durante seis meses.

Firma del empleado SÓLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o dependiente(s). <input type="checkbox"/> RECHAZO LA COBERTURA: Firma del empleado X	Fecha (Mes/Día/Año)
---	---------------------

Aviso escrito de disponibilidad de asistencia lingüística del DMHC

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 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.

Planes tradicionales:

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 Օգնություններ: Հոք կարող եք թարգման ձեր բերել և փաստաթղթերը ընթերցել սույ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) ստմնի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ասլանդազրության 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 شناسایی 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 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 ਕੋਲੀਡੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាន បង្ហាញលើកាត់សំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រុមស្តង់ដារភាសាបំបែករដ្ឋកាលីហ្វ័រនី 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 pab 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