



Formulario de Información Suplementaria para la Inscripción (ley HINT) Implementando P.L. 2005, c. 375

Aetna Health Inc. / Aetna Life Insurance Company

Información importante sobre el proceso de facturación de Aetna

Aetna pasará la factura directamente a los dependientes adultos que cumplieron la edad límite fijada bajo los términos de la póliza, y los dependientes adultos que se unen al plan remitirán el pago de la prima directamente a Aetna. Aquellos dependientes adultos que desean unirse al plan tendrán que proporcionar una dirección en la sección del Formulario de Información Suplementaria para la Inscripción (ley HINT) titulada "Facturación" aunque sea la misma dirección del empleado.

Nota importante:

- Aunque el empleado tendrá que continuar la elegibilidad bajo el plan del dependiente para extender la cobertura de dicho dependiente, además de otros criterios de elegibilidad aplicables, la cobertura del dependiente se emitirá como una cobertura que sólo cubre al dependiente. Todos los requisitos y limitaciones en conexión con el costo compartido se aplicarán y no serán combinados con la póliza del empleado. Por consiguiente, los gastos cubiertos que el dependiente adulto contraiga no se aportarán hacia los deducibles y máximos del bolsillo de la familia, del mismo modo que los gastos cubiertos que la familia contraiga no se aportarán hacia los deducibles y máximos del bolsillo del dependiente adulto.



Formulario de Información Suplementaria para la Inscripción (ley HINT) Implementando P.L. 2005, c. 375

Aetna Health Inc. / Aetna Life Insurance Company

A. Datos sobre el grupo y el empleado

Nombre del grupo	Número del grupo/Número de control
Nombre del empleado	Número de identificación del empleado

B. Tipo de transacción (vea la nota explicativa más abajo)

Cambio - Marque todas las transacciones que apliquen

Fecha del suceso

____/____/____
____/____/____

Añadir a un dependiente cuya edad sobrepasa la edad límite, pero que no ha cumplido 31 años de edad

Suprimir la cobertura de un dependiente cuya edad sobrepasa la edad límite, pero que no ha cumplido 31 años de edad

Razón: _____

Continuación de la cobertura según la ley P.L.2005, c.375

Fecha del suceso

____/____/____

La cobertura entra en vigor:

Durante un período de inscripción abierto

Dentro de 30 días después de ser elegible por otras razones

Dentro de 30 días antes de cumplir la edad límite

Facturación:

Facturar directamente al dependiente (incluya la dirección de facturación):

Calle, número del apartamento: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

C. Datos personales del dependiente adulto que cumplió la edad límite

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) ____/____/____	Número del Seguro Social
Otra Cobertura Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otra Cobertura de Medicinas bajo Receta Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número de identificación del consultorio primario: _____	Número de identificación de la consulta del Obstetra/Ginecólogo: _____		
Paciente actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paciente actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		
Cobertura anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", proporcione la información a continuación Y envíe una copia del certificado de Cobertura Acreditada (Creditable Coverage) que fue emitido por la compañía aseguradora anterior, si está disponible:		
Fecha efectiva de la cobertura anterior: ____/____/____	Fecha de expiración de la cobertura anterior: ____/____/____		
Nombre de la compañía aseguradora anterior: _____			
Número del plan anterior: _____			

D. Firma

Empleado	Fecha
Dependiente	Fecha

INFORMACIÓN EXPLICATIVA IMPORTANTE

Un hijo adulto podrá solicitar la continuación de la cobertura en calidad de dependiente bajo el plan del padre o madre aun después de que dicho hijo haya cumplido la edad límite bajo los términos de la póliza, si dicho hijo adulto:

- no ha cumplido 31 años de edad
- es soltero
- no tiene hijos
- reside en el estado de New Jersey o, si no reside en New Jersey, es un estudiante de plena dedicación (full-time) en una institución de educación superior acreditada
- no es elegible para Medicare y no está cubierto en la actualidad bajo otro grupo o plan de salud individual.

Un hijo adulto podrá solicitar la continuación de la cobertura, en calidad de dependiente, bajo el plan del padre o madre:

- cuando cumpla la edad límite
- cuando él o ella sea elegible por primera vez, por causa de un motivo que no tiene que ver con haber cumplido la edad límite (por ejemplo, el hijo adulto es un estudiante de plena dedicación [full-time] en otro estado, o regresa a vivir en New Jersey después de haber vivido en otro estado), o
- durante el período de inscripción abierto del grupo del cual el padre o madre es miembro.