



Planes Aetna Advantage para personas, familias y trabajadores independientes* – AZ

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación del formulario de inscripción

Instrucciones:

- El formulario de inscripción debe ser completado por el solicitante en tinta azul o negra. **Por favor, completar con LETRA DE IMPRENTA legible. (No se aceptará una fotocopia de esta solicitud).**
- Este formulario de inscripción debe ser completado en su totalidad y se debe seleccionar una (1) forma de pago; de lo contrario, se demorará el procesamiento.**
- En la **Página 4, Sección J**, y en la **Página 5, Sección L**, deben firmar y consignar la fecha todos los solicitantes, incluso el cónyuge y los hijos de 18 años de edad y mayores.
- Los productos PPO están financiados por Aetna Life Insurance Company a través de un fideicomiso general en Delaware.

Envíe el formulario de inscripción completo a:

Aetna Advantage Plans
PO Box 14015
Lexington, KY 40512-4015

A. Información del solicitante

Nombre	Apellido de soltera de la solicitante/cónyuge	Elija el tipo de plan de beneficios deseado: <input type="checkbox"/> AZ First Dollar 30 <input type="checkbox"/> AZ PPO 1500 <input type="checkbox"/> AZ PPO 2500 <input type="checkbox"/> AZ PPO 3500 <input type="checkbox"/> AZ PPO 5000 <input type="checkbox"/> PPO Value 3000 <input type="checkbox"/> PPO Value 5000 <input type="checkbox"/> PPO 2500 con RX Limitadas <input type="checkbox"/> PPO 5000 con RX Limitadas <input type="checkbox"/> PPO 7500 con Visitas Ilimitadas al Médico de Cuidado Primario más Cobertura Dental <input type="checkbox"/> PPO con Deducible Alto 3500 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> PPO con Deducible Alto 5500 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> Dental (la opción dental está disponible sólo con la cobertura médica)
Dirección postal (Toda la correspondencia de Aetna será enviada a esta dirección). - Incluya número de apartamento, si corresponde. Número, calle _____ Condado _____ Ciudad, estado, código postal _____	Números de teléfono Residencia () Trabajo () Celular ()	
Dirección de facturación (si prefiere que su factura sea enviada a una dirección diferente de la indicada anteriormente). - Incluya número de apartamento, si corresponde. Número, calle _____ Ciudad, estado, código postal _____	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) Ocupación _____	
Por favor, marcar si corresponde: <input type="checkbox"/> Soy elegible para los beneficios de salud que ofrece mi empleador. <input type="checkbox"/> Soy propietario único o trabajador independiente.	Dirección de correo electrónico _____	
¿Alguna persona enumerada en este formulario de inscripción es un "residente no ciudadano" de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Lee y escribe en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿esa(s) persona(s) ha(n) vivido en los Estados Unidos durante los últimos seis (6) meses consecutivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Motivo del formulario de inscripción: <input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo dependiente a un plan existente <input type="checkbox"/> Agregar sólo hijo dependiente a un plan existente <input type="checkbox"/> Cambiar plan de beneficios actual <input type="checkbox"/> Solicitar revisión de tarifas
Si marcó "No", indique el(los) nombre(s) y una explicación.		

B. Personas cubiertas (Los hijos dependientes están cubiertos hasta los 24 años de edad).

Marque aquí si necesita más espacio para proporcionar información sobre dependientes adicionales. Utilice una hoja separada y grápela en el reverso de este formulario de inscripción.

Código de familia	Nombre Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Edad	Sexo M/F	Altura (pies/pulgadas)	Peso (libras)
APP	Solicitante								
SP	Cónyuge								
01	Dependiente								
02	Dependiente								
03	Dependiente								

C. Otros seguros - Por favor, adjuntar copia de la carta de certificado de continuación de cobertura para cada solicitante, si corresponde.

¿Tiene actualmente cobertura de atención de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su(s) cónyuge/hijos también está(n) cubierto(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguno de los familiares antes enumerados está actualmente inscrito en un plan de Aetna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, proporcione nombres y parentesco: _____	Número de Identificación (ID): _____
Proporcione el nombre de la compañía de seguros de atención de salud actual (o más reciente) y la fecha de terminación de la cobertura (si corresponde). Nombre: _____ Fecha de terminación: _____	
¿Alguno de los solicitantes inscritos en este formulario de inscripción fue rechazado, postergado, se le aplicó una exoneración o se le cobró una prima adicional por un seguro de vida, incapacidad o salud, o dicho seguro le fue rescindido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", proporcione la siguiente información: Nombre del solicitante: _____ Explique: _____	
¿Alguno de los solicitantes presentó alguna vez una solicitud por incapacidad y/o recibió beneficios por seguro de incapacidad o indemnización a trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, proporcione la siguiente información: Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____ Explicación: _____	
Los solicitantes que actualmente estén cubiertos por otra compañía de seguros deben aceptar la interrupción de la otra cobertura antes o en la fecha de vigencia del plan Aetna Advantage. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "No", explique: _____	
¿Alguna de las personas inscritas en esta solicitud es elegible para Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del solicitante: _____ Nombre del solicitante: _____	

* En algunos estados, las personas pueden reunir los requisitos para ser consideradas un grupo empresarial de uno y pueden ser elegibles para planes de salud de emisión garantizada para pequeñas empresas.



Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación del formulario de inscripción							

D. Antecedentes médicos del solicitante y de TODOS sus dependientes (Incluir información de todas las personas que soliciten cobertura).

Responda a todas las preguntas y proporcione detalles completos para todas las respuestas afirmativas en la página 3, Sección F.		La información incompleta puede demorar el procesamiento de este formulario de inscripción.		
En los últimos diez (10) años, ¿alguna de las personas antes mencionadas consultó a un proveedor de atención de salud, recibió algún tratamiento (incluso medicamentos con receta) o fue hospitalizada por alguna de las siguientes condiciones médicas o enfermedades?				
D1.	Enfermedades/trastornos de ojos, oídos, nariz y garganta: <i>ojos/vista:</i> glaucoma, cataratas, estrabismo, desprendimiento de retina, trasplante de córnea, infecciones; <i>oídos/audición:</i> pérdida de la audición, sordera, infecciones, disfunción de la trompa de Eustaquio; <i>nariz/respiración:</i> tabique desviado, pólipos, adenoiditis, sinusitis; <i>garganta/deglución:</i> amigdalitis, infección de garganta por estreptococos, ronquido excesivo o apnea del sueño, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D2.	Trastornos/enfermedades de la piel: acné, manchas de nacimiento, dermatitis, eccema, infecciones fúngicas, psoriasis, queratosis, verrugas, lunares, lesiones precancerosas, cáncer de piel o melanoma, quemaduras de segundo o tercer grado, herpes, cicatrices/queloides, o revisiones de cirugía cosmética o reconstructiva, sudoración excesiva, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D3.	Enfermedades/trastornos musculoesqueléticos: trastornos o lesiones de los huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, tendones o discos, tales como desgarrados/esguinces, fracturas, artritis, fibromialgia, gota, hernia de disco, sustitución articular, fijación interna/externa, implantes permanentes, amputaciones/prótesis, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D4.	Enfermedades/trastornos respiratorios: alergias, sinusitis, bronquitis, asma, neumonía, falta de aliento, tos crónica, atelectasia, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés), tuberculosis, infecciones fúngicas, dificultad para respirar, escupir/toser sangre, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D5.	Enfermedades/trastornos digestivos: infecciones de la boca/garganta/amígdalas, problemas mandibulares o de masticación, úlceras, hernia, reflujo gástrico, colitis, enfermedad de Crohn, síndrome de intestino irritable (IBS, por sus siglas en inglés), diarrea crónica, problemas intestinales, pólipos del colon, hemorragia rectal o hemorroides, enfermedades del páncreas, del hígado o de la vesícula biliar, hepatitis A/B/C/otra, ictericia, cirrosis, pérdida o aumento de peso sin motivo aparente, trastornos alimenticios, bypass gástrico/banda gástrica, etcétera.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D6.	Enfermedades/trastornos urinarios: infecciones de la vejiga, infecciones o cálculos renales, sangre en la orina, estrés, incontinencia, frecuencia urinaria, dolor/dificultad para orinar, cistitis, enuresis, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D7.	Enfermedades/trastornos cardíacos y circulatorios: anemia, trastornos de sangrado/coagulación, hemofilia, trombocitopenia, venas varicosas/arañas vasculares, fenómeno de Raynaud, flebitis, trombosis, inflamación de los ganglios linfáticos o linfadenitis, dolor en el pecho, angina, presión sanguínea elevada/baja, hipertensión, colesterol/lípidos altos, soplo cardíaco, palpitaciones, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de la arteria coronaria, aneurisma, ataque cardíaco, bypass/angioplastia, reemplazo de válvula, marcapasos o desfibrilador, fiebre reumática, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D8.	Enfermedades/trastornos metabólicos y endocrinos: diabetes, trastornos de la glándula suprarrenal/pituitaria, lupus, esclerodermia, síndrome de fatiga crónica, virus de Epstein-Barr, mononucleosis, trastornos de la tiroides, SIDA/ARC u otros trastornos inmunológicos (sin incluir el resultado de la prueba de VIH).	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D9.	Enfermedades/trastornos cerebrales/del sistema nervioso: pérdida del conocimiento, desvanecimiento, mareo, entumecimiento/hormigueo, debilidad, parálisis, confusión, pérdida de memoria, Alzheimer, demencia, lesión en la cabeza, ataque cerebral, migraña o cefalea severa crónica, narcolepsia, apnea del sueño, temblores, esclerosis múltiple, convulsiones/epilepsia, distrofia muscular, distrofia simpático refleja (RSD), etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D10.	Enfermedades/trastornos reproductivos masculinos: fertilidad/infertilidad, recuento bajo de espermatozoides, disfunción sexual, disfunción eréctil, agrandamiento de próstata, prostatitis, testículo no descendido, herpes/verrugas genitales o anales, o enfermedades de transmisión sexual, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D11.	Enfermedades/trastornos reproductivos femeninos: a) Dolor pélvico, sangrado menstrual anormal, ausencia de menstruación, citología de PAP anormal, endometriosis, quistes ováricos, fibromas del cérvix, fertilidad/infertilidad, abortos espontáneos, quistes/bultos/fibromas del seno, implantes del seno, herpes/verrugas genitales, o enfermedades de transmisión sexual, etc. b) ¿Transcurrieron más de 40 días desde el último período menstrual de cualquiera de las mujeres antes mencionadas? Si marcó "Sí", indique el/los nombre(s) y un motivo: Nombre de la solicitante _____ Motivo: _____ _____ _____ c) ¿Alguna de las mujeres solicitantes tuvo una citología de PAP anormal? En caso afirmativo, proporcione detalles en F1. Fecha de la última citología de PAP normal: _____ Nombre de la solicitante: _____ Fecha: _____ d) ¿Alguna de las mujeres solicitantes está embarazada, tuvo un resultado positivo en un test casero de embarazo o está en proceso de adopción o de convertirse en madre sustituta? Si marcó "Sí", proporcione el nombre a continuación. Nombre del solicitante: _____	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D12.	Nerviosos, mentales y del comportamiento: depresión, ansiedad, déficit de atención, desequilibrio químico, trastornos bipolar, obsesivo compulsivo o de pánico, abuso de sustancias, trastornos alimenticios, terapia o grupo de apoyo, dependencia de alcohol o de drogas, anorexia/bulimia, esquizofrenia, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D13.	Cáncer/tumores: quistes, tumores o crecimientos anormales, enfermedad de Hodgkin, leucemia o cualquier otro tipo de cáncer o tumor maligno.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D14.	Defectos de nacimiento/anomalías congénitas: manchas de nacimiento, paladar hendido/labio leporino, pie deforme, sindactilia (fusión de las membranas de los dedos de las manos o de los pies), retraso del desarrollo, retraso mental, síndrome de Down, malformación cardíaca/pulmonar/renal, deformidad del cráneo/facial u otras deformidades físicas, parálisis cerebral, etc.	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No
D15.	Otras condiciones: ¿Algún solicitante consultó a un médico u otro proveedor de atención de salud o recibió tratamiento por alguna otra condición o síntoma(s) no enumerado(s) en este formulario de inscripción?	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No

NOTA: Las condiciones médicas que se produzcan luego de la fecha de la firma y antes de la fecha de vigencia efectiva de la cobertura, si ésta es aprobada, serán consideradas en la evaluación final de riesgos. Usted deberá comunicar cualquier condición médica que ocurra durante dicho periodo.

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación del formulario de inscripción							

E. Preguntas relacionadas con la salud (Incluya la información de todas las personas que soliciten cobertura).

Responda a todas las preguntas y proporcione detalles completos para todas las respuestas afirmativas de la Sección F que aparece más adelante.		La información incompleta puede demorar el procesamiento de este formulario de inscripción.	
E1.	¿Alguno de los varones solicitantes espera un bebé o está en proceso de adopción o de madre sustituta con alguna persona, esté o no esta persona solicitando cobertura en este formulario de inscripción? Si marcó "Sí", proporcione el nombre del solicitante a continuación. Nombre del solicitante: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E2.	¿Alguno de los solicitantes fue tratado o diagnosticado por abuso de alcohol, drogas o sustancias o se le aconsejó reducir la ingesta de alcohol? En caso afirmativo, proporcione el/los nombre(s) del/de los solicitante(s) y la(s) fecha(s). Nombre del solicitante: _____ Fecha de suspensión: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E3.	¿Alguno de los solicitantes utilizó drogas o sustancias ilegales o controladas, como por ejemplo marihuana, cocaína, metanfetaminas, drogas ilegales o intravenosas? Nombre del solicitante: _____ Tipo de droga/sustancia: _____ Fecha de suspensión: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E4.	¿Alguno de los solicitantes consumió alguna bebida alcohólica en los últimos 6 meses? (Cantidad: una bebida equivale a 12 oz. de cerveza, 6 oz. de vino o 1 oz. de licor). Nombre del solicitante: _____ Tipo: _____ Cantidad: _____ por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes _____ por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E5.	¿Alguno de los solicitantes ha sido condenado por conducir en estado de ebriedad (DUI, por sus siglas en inglés)? En caso afirmativo, proporcione el/los nombre(s) del/de los solicitante(s), estado(s) y fecha(s). Nombre del solicitante: _____ Estado: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E6.	¿Alguno de los solicitantes tuvo algún resultado anormal de laboratorio, rayos X, MRI u otro resultado de examen diagnóstico o físico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E7.	¿Alguno de los solicitantes recibió consejo médico para someterse a más exámenes médicos, tratamientos o cirugías que aún no se completaron?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E8.	¿Alguno de los solicitantes fue paciente en una clínica, hospital, centro quirúrgico, centro de tratamiento u otra instalación médica de atención ambulatoria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E9.	¿Alguno de los solicitantes consultó a un proveedor de atención de salud por alguna condición, indicio o síntoma que aún no fue diagnosticado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E10.	¿Alguno de los solicitantes ha fumado o utilizado productos del tabaco, como rapé y/o tabaco para mascar en los últimos 2 años? En caso afirmativo, proporcione el/los nombre(s) del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante: _____ Fecha de interrupción: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E11.	¿Alguno de los solicitantes ha tomado medicamentos con receta o se le ha indicado tomar medicamentos con receta durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E12.	¿Alguno de los solicitantes visitó, recibió tratamiento o consultó a un proveedor de atención de salud por alguna otra condición o síntoma(s) que no esté(n) enumerado(s) en este formulario de inscripción?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E13.	¿Alguno de los solicitantes es candidato para recibir o receptor de un órgano o de un trasplante de médula ósea o célula madre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E14.	¿Alguno de los solicitantes está actualmente en la lista de espera y/o registrado para donar un órgano o médula ósea (excluyendo la tarjeta DMV)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

F. Información detallada sobre salud

Marque aquí si necesita más espacio. Utilice una hoja separada y grápela en el reverso de este formulario de inscripción.

1. Proporcione DETALLES COMPLETOS de TODAS las preguntas respondidas afirmativamente en las Secciones D y E.							
Código de familia*	Preg. n°	Fechas		Explique la naturaleza de la enfermedad/condición	Describa el tratamiento recibido/recomendado y todas las limitaciones si corresponde	¿Se considera completamente recuperado?	
		Desde	Hasta			<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

2. Indique todos los medicamentos con receta y/o muestras médicas que usted y/o sus dependientes enumerados hayan tomado en los últimos 2 años.						
Código de familia*	Preg. n°	Fecha en que se recetó (Mes/Día/Año)	Fecha de suspensión (Mes/Día/Año)	Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Motivo/condición

*Ver Página 1, Sección B.

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación del formulario de inscripción							

F. Información detallada sobre salud (continuación)

3. Con respecto a los detalles y los medicamentos indicados anteriormente, por favor enumere **TODOS** los médicos, asistentes médicos o profesionales de la salud que usted y/o cualquiera de sus dependientes enumerados hayan consultado. Si la respuesta es ninguno, indique "Ninguno".

Código de familia*	Número de pregunta y/o motivo	Nombre, dirección y teléfono del médico tratante

4. Indique la última visita al médico de todos los miembros de la familia, incluso los chequeos de rutina.

Código de familia*	N° de la visita	Motivo de la visita	Fecha de la visita	Resultados de la visita	Nombre, dirección y teléfono del médico tratante
APP					
SP					
01					
02					
03					

*Ver Página 1, Sección B.

G. Raza/Grupo étnico - Opcional

Código de familia	(Esta información tiene la finalidad de recolectar datos y no será utilizada para determinar la elegibilidad, la clasificación o el pago de reclamos).	01	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____
APP	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____	02	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____
SP	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____	03	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____

H. Fecha de vigencia (La solicitud de una fecha de vigencia NO GARANTIZA que el aseguramiento esté completo antes de la fecha solicitada.)

Si Aetna aprueba mi formulario de inscripción, solicito que la fecha de vigencia sea el 1º o el 15 de _____ (mes).
Se le dará la fecha de vigencia solicitada si Aetna aprueba el formulario de inscripción dentro de los 30 días. Esta fecha no debe ser posterior a los 90 días después de la fecha de la firma (Página 5, Sección L) de este formulario de inscripción. Esta fecha se aceptará siempre y cuando Aetna apruebe esta solicitud dentro de los 30 días de la fecha de vigencia solicitada. No se aceptará ninguna fecha de vigencia solicitada que coincida con la fecha de la firma o que sea anterior a ésta.

I. Declaración de condiciones de inscripción

Cada miembro de la familia será evaluado por separado y se le asignará una cobertura médica independiente según su riesgo de salud personal.
Si uno o más miembros de la familia no son aprobados, Aetna proporcionará cobertura a los miembros de la familia aprobados, a menos que se indique lo contrario a continuación.
 Yo, el solicitante, instruyo a Aetna que no dé cobertura a ningún miembro elegible de mi familia a menos que todos los miembros de la familia sean aprobados para la cobertura.

Prefiero recibir la comunicación por escrito referida a mi formulario de inscripción vía correo electrónico.

J. Acuerdo de aceptación de fideicomiso general PPO

Yo, _____, he elegido uno de los planes de beneficios PPO. Entiendo que dichos planes PPO están asegurados por Aetna Life Insurance Company a través de un fideicomiso general y que, para poder inscribirme en ese fideicomiso, tendré que firmar y aceptar los términos de este Acuerdo de aceptación. También entiendo y acepto que ninguna cobertura entrará o seguirá en vigencia, tanto para mí como para mis dependientes, si yo o cualquiera de mis dependientes no reunimos los requisitos mínimos de evaluación de riesgos o elegibilidad de Aetna. Acepto los criterios de inscripción tal como lo señalé en la sección Declaración de condiciones de inscripción de esta solicitud.
Acepto el establecimiento de un fondo fiduciario de seguro ("Fondo de seguro") a los efectos de implementar un acuerdo de fideicomiso ("Acuerdo de fideicomiso"), y la designación del banco Bank of New York (Delaware) como "Fideicomisario" para dicho Fondo de seguro y Acuerdo de fideicomiso.
Yo, el que suscribe, como solicitante del Acuerdo de fideicomiso antes mencionado: 1) acepto someterme a los términos del Acuerdo de fideicomiso y de la póliza (incluso todos los documentos adjuntos) emitidos al Fideicomisario (incluso cualquier enmienda); 2) solicito cobertura para mí y/o para mis dependientes de acuerdo con la póliza o las pólizas emitidas al Fideicomisario (sujetas a los requisitos de la evaluación de riesgos de Aetna), y que dicha cobertura entre en vigencia a partir de la fecha de mi aprobación o de la aprobación de mis dependientes para participar en el Acuerdo de fideicomiso; 3) acepto que los beneficios cubiertos proporcionados estarán sujetos a los términos de la póliza o de las pólizas emitidas al Fideicomisario del Fondo de seguro; 4) acepto realizar los aportes requeridos (por ejemplo, pagos de primas) al Fondo de seguro; y 5) acepto también que, en caso de incumplimiento, fraude o falta de pago, seré responsable ante Aetna por dicho fraude o contribuciones no realizadas durante el periodo de cobertura y Aetna puede dar de baja la cobertura para mí y/o para mis dependientes.

Firma del solicitante/padre o guardián legal	Fecha de hoy
Firma del cónyuge del solicitante (si solicita cobertura)	Fecha de hoy
Firma del dependiente del solicitante (mayor de edad)	Fecha de hoy

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación del formulario de inscripción							

K. Condiciones y acuerdo - Por favor, lea antes de firmar más abajo.

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

1. Aetna puede rechazar este formulario de inscripción. La cobertura no entra en vigencia hasta que Aetna apruebe este formulario de inscripción.
2. Una vez que la cobertura y los beneficios entren en vigor, están supeditados al pago en tiempo y forma de las primas y de cualquier otra contribución estipulada en los documentos del plan. Si el pago de las primas o de cualquier otra contribución no se realiza oportunamente o de manera precisa, su cobertura será dada de baja inmediatamente. Si la cobertura es dada de baja por incumplimiento en el pago de la prima, es posible que usted ya no sea elegible para inscribirse en ninguno de los planes de Aetna. Acepto hacer copagos y cualquier otra contribución directamente a los proveedores de atención de salud, según lo dispuesto en mi póliza.
3. Autorizo a Aetna a solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes (quienes solicitan cobertura en este formulario de inscripción), así como antecedentes de medicamentos con receta y cualquier otra información médica o farmacológica necesaria para el procesamiento de mi formulario de inscripción y para decidir la aprobación o desaprobación de éste y/o el de mis dependientes. Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, administradores de beneficios de farmacia o a cualquier otra organización de atención de salud ("Proveedores") que hayan brindado tratamiento o cualquier otro servicio a mí o a cualquiera de mis dependientes mencionados en este formulario de inscripción a divulgar la información solicitada por Aetna y descrita anteriormente a Aetna y/o a sus agentes designados.

La existencia de dicha información y documentación como la ya descrita será divulgada en este formulario de inscripción. Entiendo que Aetna utilizará esta información para: 1) evaluar esta solicitud de cobertura y determinar elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de póliza e inscripción para todos los solicitantes; 2) administrar reclamos y determinar o cumplir con la responsabilidad de la cobertura y las disposiciones de los beneficios; 3) administrar la cobertura; y 4) realizar otras operaciones de seguro de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales y estatales.

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.

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 se proporciona según las leyes y reglamentaciones estatales. Esta autorización conservará su validez durante el plazo de la cobertura y, posteriormente, por el tiempo que permita la ley. Podré revocar esta autorización en cualquier momento completando el formulario "Revocación de autorización previamente acordada con Aetna", que podrá obtener llamando al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación. Entiendo que Aetna cumplirá con las normas de privacidad de la HIPAA y que la información se divulgará según las normas de dicha ley federal.

Entiendo y estoy de acuerdo en que Aetna utilizará cualquier información provista en este formulario de inscripción antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar mi formulario de inscripción, incluso cualquier información médica.

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. En caso de ser aprobada la cobertura, tengo la obligación de comunicar por escrito a Aetna cualquier condición médica que yo o los dependientes enumerados en este formulario de inscripción tengamos después de la firma de dicho formulario y antes de la fecha de vigencia de la cobertura.
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. Usted puede obtener la información sobre compensación del agente, ya sea a través de su agente o en Aetna.com.
7. Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente un formulario de inscripción de seguro o una declaración de reclamos que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

L. Firma(s) requerida(s) - Todos los solicitantes de 18 años de edad o mayores deben firmar y poner la fecha a continuación.

Si el solicitante es menor de edad, el formulario de inscripción debe estar firmado por alguno de sus padres o su guardián legal.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa, y que fue correctamente registrada por mí. He leído, comprendido y estoy de acuerdo con las condiciones de inscripción que figuran en este formulario de inscripción. Entiendo que la información provista en esta solicitud será decisiva para la aprobación de mi formulario de inscripción y que cualquier distorsión y/o error en dicha información será motivo de cancelación/terminación de la cobertura en la que me estoy inscribiendo.

ENTIENDO QUE SI MI FIRMA/FECHA NO FIGURAN Y/O NO SON VIGENTES Y/O MIS RESPUESTAS SON INCOMPLETAS, mi solicitud será rechazada.

Una vez que presente este formulario de inscripción, es posible que un representante de Aetna se comunique con usted por teléfono en cualquier momento para completar su inscripción y el proceso de evaluación de riesgos. Podrá confirmar la identidad de la persona que llama. Por favor, no responda a ninguna pregunta si no está conforme con la identidad de la persona que llama. La persona que llama le proporcionará un número para confirmar su identidad. Por favor, comuníquese por teléfono si tiene alguna duda o problema relacionado con la llamada o con el proceso durante la llamada.

Firma del solicitante/padre o guardián legal	Fecha de hoy	Firma del cónyuge del solicitante (si solicita cobertura)	Fecha de hoy
Firma del dependiente del solicitante (mayor de edad)	Fecha de hoy	Firma del dependiente del solicitante (mayor de edad)	Fecha de hoy

Número de seguro social del solicitante									

Número de identificación del formulario de inscripción									

M. Información importante para el solicitante. Por favor, leer cuidadosamente.

1. La cobertura puede ser rechazada, o pueden hacerse ajustes en las primas, sobre la base de la información proporcionada a Aetna durante el procesamiento de este formulario de inscripción. En caso de ser rechazado, usted recibirá una carta en la que se le notifica que su formulario no fue aceptado. Los detalles específicos se mantendrán confidenciales. Si se niega la cobertura a todos los miembros que figuran en el formulario, el cheque original será devuelto directamente al solicitante.
2. No cancele otra cobertura actualmente en vigor hasta que no reciba notificación por escrito de Aetna que indique que su solicitud de inscripción fue aprobada y tanto usted como sus dependientes cubiertos tengan en su poder la(s) tarjeta(s) de identificación de miembro con la fecha de vigencia de la cobertura.

OPCIONES DE PAGO - Por favor, seleccione el método de pago para su solicitud inicial y los pagos de las primas posteriores.

N. Pago inicial

- Easy Pay (Complete la información de la EFT más abajo).
- Tarjeta de crédito (Complete la información de la tarjeta de crédito más abajo).
- Cheque personal o giro postal (Pagadero a "Aetna" y adjunto a su solicitud completa).

O. Pagos recurrentes o posteriores

- Easy Pay (Complete la información de la EFT más abajo).
- Envíenme la factura todos los meses.

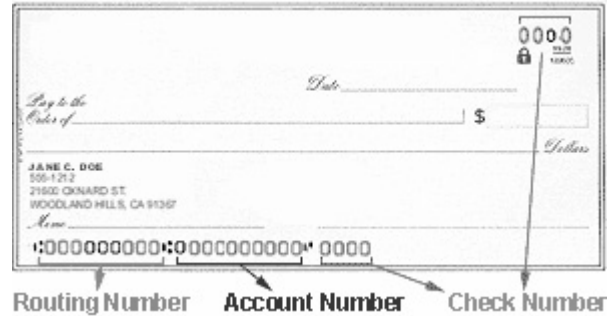
Easy Pay (Transferencia electrónica de fondos - EFT, por sus siglas en inglés)

Número de cuenta corriente: _____

Número de ruta:

Nombre del banco: _____

Nombre(s) en la cuenta corriente: _____



Términos del acuerdo: mi(s) cuenta(s) en la institución nombrada cuenta(n) con fondos suficientes para pagar todos los débitos y cargar los créditos. Aetna iniciará entradas de débitos electrónicos, cargos o créditos para el pago de primas/cargos para las pólizas autorizadas, y las entradas constituirán mi recibo de transacción. No existe pago a Aetna hasta que Aetna reciba el saldo completo y final por el pago. Entiendo que las correcciones en las entradas pueden incluir un ajuste de cuenta, y que **mi pago electrónico directo de la prima de Aetna será debitado/acreditado en la fecha de vencimiento de la prima o en fecha posterior.** Entiendo que, al optar por "Easy Pay" y por medio de la firma de la solicitud en la **página 5, Sección K**, estoy aceptando los términos del acuerdo de Easy Pay.

Cualquier ajuste de tarifas realizado de acuerdo con la evaluación de riesgos será automáticamente cargado a su cuenta una vez aprobado el formulario de inscripción. Por favor, tenga en cuenta que dicho ajuste de tarifas puede traer como consecuencia un aumento del 0 al 100% de la prima estándar.

NOTA: Aetna se reserva el derecho de rechazar/terminar los servicios de pago electrónico en cualquier momento. Este acuerdo se mantiene vigente hasta que Aetna/el miembro decida terminarlo. Para las cuentas conjuntas se requiere la firma de TODAS las personas autorizadas de la cuenta (**Página 5, Sección L**) aun si no solicitan cobertura.

Opción de pago con tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard	Nombre del titular de la tarjeta (exactamente como aparece en la tarjeta)
Número de cuenta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de vencimiento de la tarjeta

El pago con tarjeta de crédito puede utilizarse sólo para la prima inicial y será cargado luego de la aprobación de su formulario de inscripción. Para el pago de la próxima prima, debe elegir entre realizar una EFT o recibir una factura mensual.

Cualquier ajuste de tarifas realizado de acuerdo con la evaluación de riesgos será automáticamente cargado a su cuenta. Por favor, tenga en cuenta que dicho ajuste de tarifas puede traer como consecuencia un aumento **del 0 al 100% de la prima estándar.**

P. Declaración de responsabilidad: Debe completarse en caso de que el solicitante no pueda o no haya completado la solicitud.

Yo, _____, leí y completé personalmente el formulario de inscripción individual para el solicitante que se nombra a continuación porque: El solicitante no lee en inglés El solicitante no habla inglés El solicitante no escribe en inglés Otro (explique): _____

Traduje el contenido de este formulario y, a mi leal saber, obtuve e incluí todos los antecedentes médicos y personales requeridos divulgados por: _____

También traduje y expliqué en detalle las "Condiciones y acuerdo".

Firma del traductor (**obligatorio**) _____ Fecha de hoy (**obligatorio**) _____

Relación con el solicitante _____

Número de seguro social del solicitante									

Número de identificación del formulario de inscripción									

Q. Información para el asesor de seguros (si corresponde)

1. ¿Conoce alguna información no divulgada en esta solicitud referida a la salud, los hábitos o la reputación de cualquier persona que figure en este formulario de inscripción que pueda tener relación con el riesgo? En caso afirmativo, adjunte una explicación.		Agente general <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Corredor de seguros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Vio usted al solicitante propuesto en el momento de la firma de esta solicitud? Si marcó "No", por favor explique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Firma del asesor de seguros (obligatorio si corresponde)			Firma del agente general (obligatorio, si corresponde)		
Fecha	Dirección de correo electrónico		Fecha	Dirección de correo electrónico	
Nombre del asesor o de la agencia de seguros que será asignada como agente de registro (en letra de imprenta)			Nombre del agente general (en letra de imprenta)		
Número de identificación fiscal (TIN) del asesor o de la agencia de seguros que será asignada como agente de registro			TIN del agente		
Dirección completa (Calle, Suite N°/Casilla postal N° [PMB], Ciudad/Estado/Código postal)			Dirección completa (Calle, Suite N°/Casilla postal N° [PMB], Ciudad/Estado/Código postal)		
Número de teléfono ()	Número de fax ()		Número de teléfono ()	Número de fax ()	

R. Representante de ventas de Aetna

Apellido del representante de ventas (en letra de imprenta)	Nombre del representante de ventas (en letra de imprenta)
---	---

S. Instrucciones

Por favor, repase estas instrucciones.

- El solicitante debe completar el formulario de inscripción. **Usted es responsable de garantizar que la información incluida en el formulario de inscripción sea correcta, completa y veraz.**
- Complete con letra legible y use tinta azul o negra. Por favor, no utilice lápiz ni corrector líquido.
- Este formulario de inscripción debe ser recibido por el equipo de evaluación de riesgos de Aetna dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la firma.
- Toda distorsión de la información incluida en este formulario de inscripción puede ocasionar la cancelación de la cobertura.
- Su seguro será vigente sólo si este formulario de inscripción es aprobado tal como se presentó y si se adjunta la prima correspondiente.

Usted no es elegible para la cobertura si como solicitante no ciudadano no ha residido en los Estados Unidos durante los últimos seis (6) meses consecutivos.

No se garantiza la cobertura hasta que no haya sido aprobada por escrito por Aetna. No cancele su cobertura actual hasta que Aetna le notifique de su aprobación y hasta que sea vigente su cobertura de Aetna.

T. Fecha de vigencia

Las fechas se asignan el 1º y el 15 de cada mes. Si no ha seleccionado ninguna, en la evaluación de riesgos se le asignará la primera fecha disponible.

Para evitar demoras en la evaluación, por favor repase:

- Datos faltantes o información incompleta, como por ejemplo:
 - Peso Y altura
 - Fecha de nacimiento
 - Dirección y número de teléfono del médico
- Dirección postal incompleta incluso ciudad, estado y código postal.
- Respuestas incompletas en todas las secciones del formulario de inscripción. Si una pregunta sobre su salud no se aplica a usted, la respuesta debe ser "No".
- Si se necesita información o explicaciones adicionales, adjunte más páginas. **Todos los adjuntos deben estar firmados y fechados.**
- Si el solicitante elige un producto PPO, complete la sección Acuerdo de aceptación.

U. Opciones de pago

Lea detenidamente las instrucciones que acompañan a cada opción de pago (Página 6, Secciones N y O).

V. Información de contacto

Por favor, devuelva este formulario de inscripción al agente o preséntelo en la dirección que se indica a continuación.

Aetna Advantage Plans PO Box 14015 Lexington, KY 40512-4015	Número de fax: 866-892-8396 www.aetna.com/members/individuals
--	--