



# Planes Aetna Advantage para personas y familias - CA

Número de seguro social del solicitante  
| | | | | | | |

Número de identificación de la solicitud  
| | | | | | | |

**(POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE NO SE LE NEGARÁ LA COBERTURA A LOS SOLICITANTES ELEGIBLES SEGÚN HIPAA) PARA CUMPLIR CON LA LEY DE CALIFORNIA, SIEMPRE QUE APAREZCA EL TÉRMINO “CÓNYUGE” SE INTERPRETARÁ TAMBIÉN COMO COMPAÑERO DOMÉSTICO.**

## Instrucciones:

- La solicitud debe ser completada por el solicitante en tinta azul o negra. (No se aceptará una fotocopia de esta solicitud.)
  - Esta solicitud se deberá completar en su totalidad y se deberá seleccionar una (1) forma de pago, de lo contrario se retrasará el procesamiento.
  - Todos los solicitantes, incluyendo su cónyuge e hijos mayores de 18 años, deberán firmar y colocar la fecha en la **Página 5, Sección L**.
  - Los productos PPO son administrados por Aetna Life Insurance Company.
  - Todo miembro de la familia que esté embarazada (ya sea que figure o no en esta solicitud) o en proceso de adopción o sea madre sustituta no califica para este programa.
- Envíe la solicitud completa a:**  
Aetna Advantage Plans, F230  
P.O. Box 61516  
King of Prussia, PA 19406-0916

## A. Información del solicitante

Nombre		Apellido de soltera de la solicitante/cónyuge	
Dirección postal (Se enviará toda la correspondencia de Aetna 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 a la indicada arriba.) - Incluya número de apartamento, si corresponde. Número, Calle _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____		Elija el tipo de plan de beneficios deseado: <input type="checkbox"/> MC 500 <input type="checkbox"/> MC 1500 <input type="checkbox"/> MC 2500 <input type="checkbox"/> MC 3500 <input type="checkbox"/> MC 5000 <input type="checkbox"/> MC 1500 Value <input type="checkbox"/> MC 2500 Value <input type="checkbox"/> MC 5000 Value <input type="checkbox"/> High Deductible MC 1 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> High Deductible MC 2 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> Atención preventiva y en hospital 1250 <input type="checkbox"/> Atención preventiva y en hospital 3000 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> Dental (Opción Dental sólo disponible con cobertura Médica)	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Motivo de la solicitud <input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijos dependientes a un plan existente <input type="checkbox"/> Agregar hijos dependientes sólo a un plan existente <input type="checkbox"/> Cambiar plan de beneficios actual	
Ocupación		Dirección de correo electrónico	
Primer idioma (opcional)		Si marcó "No", indique el/los nombre(s) y una explicación.	
Marcar lo que corresponde: <input type="checkbox"/> No soy elegible para los beneficios de salud que ofrece mi empleador <input type="checkbox"/> Soy propietario o trabajador independiente		Si marcó "Sí", ¿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	
¿Alguna persona enumerada en esta solicitud es un "residente no ciudadano" de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si marcó "No", indique el/los nombre(s) y una explicación.	

## B. Personas cubiertas (Los hijos dependientes están cubiertos hasta los 19 años de edad, y entre los 19 y 22 años, presentando prueba de su condición de estudiante de tiempo completo.) Marque aquí si necesita más espacio para proporcionar información acerca de los dependientes adicionales. Utilice una hoja separada y engrápela en el reverso de esta solicitud.

Código de familia	Nombre Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento MM / DD / AAAA	Edad	Sexo M/F	Altura (ft/in)	Peso (lbs)	Estudiante de tiempo completo 19 años de edad o más
APP	Solicitante							N/A
SP	Cónyuge							N/A
01	Dependiente							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
02	Dependiente							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
03	Dependiente							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## C. Datos de los dependientes

¿Usted declara a todos los hijos antes mencionados de entre 19 y 22 años como dependientes en su impuesto federal sobre la renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó "NO", cualquier hijo de 19 a 22 años que no esté declarado en su impuesto federal sobre la renta NO es elegible como dependiente pero puede solicitar una cobertura independientemente.
---	--

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

¿Está reemplazando su cobertura actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene actualmente alguna cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge/hijos también están cubiertos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En alguna oportunidad, ¿alguno de los solicitantes ha presentado reclamos y/o recibido beneficios de seguro por incapacidad o de indemnización a trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", proporcione fechas y detalles.
¿Alguna de los familiares antes enumerados está actualmente inscrito en un plan de Aetna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", proporcione nombres y parentesco _____ Número de identificación (ID) _____			
Proporcione el nombre de la aseguradora de atención de salud actual (o más reciente) y fecha de terminación de la cobertura (si corresponde). Nombre _____ Fecha de terminación _____			
¿Alguna de las personas inscritas en esta solicitud fue rechazada, postergada, 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: _____ Explicación: _____			¿Alguna de las personas inscritas en esta solicitud es elegible para Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del solicitante: _____

## E. Fecha de vigencia (La solicitud de una fecha de vigencia NO GARANTIZA que la evaluación de riesgos esté completa antes de la fecha solicitada.)

Si Aetna aprueba mi solicitud, solicito que la fecha de vigencia sea el _____ 1ro o el _____ 15 de _____ (mes). Se le dará la fecha de vigencia solicitada si Aetna aprueba la solicitud 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 esta solicitud. 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 sea previa a la fecha de la firma o en esa misma fecha.	<b>Sólo para uso de Aetna Y - N - U</b> Fecha de vigencia: Número:
--	--

Número de seguro social del solicitante

| | | | | | | |

Número de identificación de la solicitud

| | | | | | | |

**F. Antecedentes médicos del solicitante y TODOS sus dependientes (Incluya 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 H.	La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
--	---

En los últimos diez (10) años, ¿alguna de las personas inscritas en esta solicitud ha sido diagnosticada o tratada por un proveedor de atención de salud (incluyendo medicamentos con receta) o ha sido hospitalizada por cualquiera de las siguientes condiciones o enfermedades detalladas en las Secciones F y G?

F1.	<b>Condiciones/trastornos de los ojos, oídos, nariz y garganta:</b> <i>Ojos/vista:</i> glaucoma, cataratas, estrabismo, desprendimiento de retina, infecciones, trasplante de córnea; <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
F2.	<b>Condiciones/trastornos de la piel:</b> 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F3.	<b>Condiciones/trastornos musculoesqueléticos:</b> Trastornos o lesiones de los huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, tendones o discos tales como desgarros/esguinces, fracturas, artritis, fibromialgia, gota, hernia de disco, sustitución articular, fijación interna/externa, implantes permanentes, amputaciones/prótesis.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F4.	<b>Condiciones/trastornos respiratorios:</b> Alergias, sinusitis, bronquitis, asma, neumonía, dificultad para respirar, tos crónica, colapso de pulmón (atelectasia), enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), tuberculosis, infecciones fúngicas, problemas respiratorios, escupir/toser sangre, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F5.	<b>Condiciones/trastornos digestivos:</b> Infecciones de la boca/garganta/amígdalas, problemas mandibulares o de masticación, úlceras, hernia, reflujo gástrico, colitis, enfermedad de Crohn, síndrome de intestino irritable, diarrea crónica, problemas intestinales, pólipos del colon, hemorragia rectal o hemorroides, enfermedades del páncreas, hígado o vesícula biliar, hepatitis A/B/C/otra, ictericia, cirrosis, pérdida o aumento de peso sin motivo aparente, trastornos alimenticios, bypass/banda gástrica, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F6.	<b>Condiciones/trastornos urinarios:</b> 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
F7.	<b>Condiciones/trastornos cardíacos y circulatorios:</b> Anemia, trastornos de sangrado/coagulación, hemofilia, venas varicosas, fenómeno de Raynaud, flebitis, trombosis, inflamación de los ganglios linfáticos o linfadenitis, dolor en el pecho, angina, presión sanguínea alta/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
F8.	<b>Condiciones/trastornos metabólicos y endocrinos:</b> Diabetes, trastornos de la glándula suprarrenal/pituitaria; lupus, esclerodermia, síndrome de fatiga crónica, virus de Epstein-Barr, mononucleosis; trastornos de la tiroides, y trastornos inmunológicos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F9.	<b>Condiciones/trastornos cerebrales/del sistema nervioso:</b> 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, y distrofia simpático refleja, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F10.	<b>Condiciones/trastornos del sistema reproductivo masculino:</b> 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
F11.	<b>Enfermedades/trastornos reproductivos femeninos:</b>	
	a) Dolor pélvico, sangrado menstrual anormal, ausencia de menstruación, citología anormal, endometriosis, quistes ováricos, fibroides uterinos, fertilidad/infertilidad, abortos espontáneos, quistes/bultos/fibromas del seno, implantes del seno, herpes/verrugas genitales, o enfermedades de transmisión sexual, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	b) ¿Transcurrieron más de 40 días desde el último período menstrual de cualquiera de las mujeres inscritas en esta solicitud? En caso afirmativo, indique el/los nombre(s) y el motivo: Nombre _____ Motivo _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	c) ¿Alguna de las <b>mujeres</b> inscritas en esta solicitud tuvo una citología anormal? En caso afirmativo, proporcione detalles en H1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	d) ¿Alguna de las <b>mujeres</b> inscritas en esta solicitud está embarazada, ha tenido un resultado positivo en una prueba de embarazo casera o está en proceso de adopción o de convertirse en madre sustituta? En caso afirmativo, indique el nombre: Nombre de la solicitante _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Número de seguro social del solicitante  
| | | | | | | |

Número de identificación de la solicitud  
| | | | | | | |

**F. Antecedentes médicos de las personas y sus dependientes (Continuación)**

F12.	<b>Nerviosos, mentales y del comportamiento:</b> Depresión, ansiedad, déficit de atención, desequilibrio químico; trastornos bipolar, obsesivo compulsivo o de pánico; abuso de sustancias, trastornos alimenticios, consejería o grupo de apoyo, dependencia de alcohol o de drogas, anorexia/bulimia, esquizofrenia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F13.	<b>Cáncer/tumores:</b> Quistes, tumores o crecimientos anormales, enfermedad de Hodgkin, leucemia o cualquier otro tipo de cáncer o tumores malignos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F14.	<b>Defectos de nacimiento/anomalías congénitas:</b> Manchas de nacimiento, paladar hendido/labio leporino, pie deforme, sindactilia (fusión de las membranas de los dedos de las manos o las 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F15.	<b>Otras condiciones:</b> ¿Algún solicitante consultó o realizó un tratamiento con un médico u otro proveedor de atención de salud por alguna otra condición o síntoma(s) no enumerado(s) en esta solicitud?	<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 período.

**G. Preguntas relacionadas con la salud (Incluya 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 H.		La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
G1.	¿Algún de los <b>varones</b> 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 esta solicitud? En caso afirmativo, proporcione el nombre del solicitante a continuación. Nombre del solicitante _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G2.	¿Algún 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 nombre del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante _____ Fecha de suspensión _____ Nombre del solicitante _____ Fecha de suspensión _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G3.	¿Algún de los solicitantes utilizó drogas o sustancias ilegales o controladas, como por ejemplo marihuana, cocaína, metanfetaminas, drogas ilegales o intravenosas? En caso afirmativo, proporcione el nombre del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante _____ Tipo de droga/sustancia _____ Fecha de suspensión _____ Nombre del solicitante _____ Tipo de droga/sustancia _____ Fecha de suspensión _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G4.	¿Algún 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 Nombre del solicitante _____ Tipo _____ Cantidad _____ por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G5.	¿Algún de los solicitantes ha sido condenado por conducir en estado de embriaguez (DUI, por sus siglas en inglés)? En caso afirmativo, proporcione el/los nombre(s), estado(s) y fechas. Nombre del solicitante _____ Estado _____ Fecha _____ Nombre del solicitante _____ Estado _____ Fecha _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G6.	¿Algún de los solicitantes ha sido diagnosticado o tratado por un médico o proveedor de atención de salud por SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), ARC (Complejo relacionado con el SIDA) o ha tenido un resultado positivo en la prueba de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G7.	¿Algún de los solicitantes tuvo algún resultado <b>anormal</b> de laboratorio, rayos X, MRI u otro resultado de examen diagnóstico o físico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G8.	¿Algún 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
G9.	¿Algún de los solicitantes ha sido paciente en una clínica ambulatoria, hospital, centro quirúrgico, centro de tratamiento u otro centro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G10.	¿Algún 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
G11.	¿Algún 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 nombre del/de los solicitante(s) a continuación y fechas. Nombre del solicitante _____ Fecha en que dejó el tabaco _____ Nombre del solicitante _____ Fecha en que dejó el tabaco _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G12.	¿Algún 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
G13.	¿Algún de los solicitantes visitó, recibió tratamiento o consultó a un médico o a otro proveedor de atención de salud por alguna otra condición o síntoma(s) que no esté(n) enumerado(s) en esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G14.	¿Algún de los solicitantes es candidato o receptor de un trasplante de órgano, médula ósea o célula madre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G15.	¿Algún de los solicitantes está actualmente en la lista de espera de donantes y/o registrado para donar un órgano o médula ósea (excluyendo la tarjeta DMV)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

Número de seguro social del solicitante  
 | | | | | | | |

Número de identificación de la solicitud  
 | | | | | | | |

**H. Información médica detallada**

Marque aquí si necesita más espacio. Utilice una hoja separada y engrápela en el reverso de esta solicitud.

**1. Proporcione DETALLES COMPLETOS de TODAS las preguntas respondidas afirmativamente en las Secciones F y G.**

Código de familia*	Pregunta N°	Fechas Desde Hasta		Explique la naturaleza de la enfermedad/condición	Describa el tratamiento recibido/recomendado y todas las limitaciones, si corresponde	% de recuperación

**2. Indique todos los medicamentos con receta y/o muestras médicas que usted y/o sus dependientes hayan tomado en los últimos 2 años.**

Código de familia*	Pregunta N°	Fecha en que se recetó (Mes/Día/Año)	Fecha de suspensión (Mes/Día/Año)	Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Motivo/Condición

**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 indicados hayan consultado. Si la respuesta es ninguno, indique "Ninguno".**

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

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

Código de familia*	Número de visita	Motivo de la visita	Fecha de la visita	Resultados de la visita		Nombre, dirección y teléfono del médico
				Normal	Anormal: información detallada	
APP						
SP						
01						
02						
03						

\*Ver página 1, Sección B.

**I. Declaración de condiciones de cobertura**

Cada miembro de la familia será evaluado por separado y se le asignará una cobertura médica por separado según su propio riesgo de salud. 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 a continuación:

Yo, el solicitante, instruyo a Aetna a no proporcionar cobertura a ningún miembro elegible a menos que todos los miembros de la familia sean aprobados para la cobertura.

Prefiero recibir por correo electrónico una comunicación por escrito acerca de mi solicitud.

**J. 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

Número de seguro social del solicitante  
| | | | | | | |

Número de identificación de la solicitud  
| | | | | | | |

**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 esta solicitud y pedir esta cobertura, yo, en mi nombre y en el de los dependientes enumerados en esta solicitud, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. Aetna puede rechazar esta solicitud. La cobertura no entra en vigencia hasta que Aetna apruebe esta solicitud.
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 otro costo compartido, según lo estipulado en la póliza.  
Si el pago de las primas no se efectúa en tiempo y forma, su cobertura será dada de baja. 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 otro costo compartido directamente a los proveedores de atención de salud, según lo dispuesto en mi póliza.
3. Autorizo a Aetna a solicitar la historia médica, historia de medicamentos con receta, y cualquier otra información médica o farmacéutica mía y/o de mis dependientes (aquellos que están solicitando cobertura en esta solicitud) para procesar mi solicitud y tomar una decisión sobre la aprobación o rechazo de mi solicitud y/o la de mis dependientes, durante como máximo 30 meses desde la(s) fecha(s) de mi/nuestras firma(s) que aparece(n) en la Sección L a continuación. Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, gerente 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 que solicitamos cobertura con esta solicitud, 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 esta solicitud. Entiendo que Aetna utilizará esta información para: 1) evaluar esta solicitud de cobertura y determinar elegibilidad, calificación 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 divulgue a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías aseguradoras, administradores de terceros, prestadores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan médico 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 bajo las leyes y reglamentaciones estatales. Esta autorización conservará su validez durante el tiempo de la cobertura y, posteriormente, por el tiempo que permita la ley. Entiendo que Aetna cumplirá con las normas de privacidad de la HIPAA y que la información se divulgará bajo las normas de dicha ley federal.  
Entiendo y estoy de acuerdo en que Aetna utilizará cualquier información provista en esta solicitud antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar mi solicitud, incluyendo 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 sobre cualquier condición médica que yo o cualquiera de mis dependientes enumerados en esta solicitud tengamos después de la firma de esta solicitud 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 asesores de seguros 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 aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamos que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información respecto de cualquier hecho material, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un crimen y está sujeto a sanciones penales y civiles.

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

**Si el solicitante es menor de edad, la solicitud debe estar firmada por alguno de sus padres o su guardián legal.**

**Firmando a continuación, reconozco que he leído personalmente, comprendido y estoy de acuerdo con los términos y las condiciones de todas las páginas de este formulario, y acepto la utilización del arbitraje obligatorio.**

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

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

**Una vez que haya enviado esta solicitud, un representante de Aetna se comunicará con usted por teléfono en cualquier momento con el fin de completar su solicitud y el proceso de evaluación de riesgos. Podrá confirmar la identidad de la persona que llama. Por favor, no responda ninguna pregunta si no está conforme con la identidad de la persona que llama. La persona que llama le otorgará un número para confirmar su identidad. Por favor, comuníquese por teléfono si tiene alguna duda o problema relacionados con la comunicación o el proceso durante la comunicación.**

<b>Firma del solicitante/padre o guardián legal</b>	Fecha de hoy	<b>Cónyuge del solicitante (si solicita cobertura)</b>	Fecha de hoy
<b>Firma del dependiente (mayor de edad)</b>	Fecha de hoy	<b>Firma del dependiente (mayor de edad)</b>	Fecha de hoy

Número de seguro social del solicitante  
 | | | | | | | |

Número de identificación de la solicitud  
 | | | | | | | |

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

1. La cobertura puede ser rechazada, o pueden hacerse ajustes en las primas, en base a la información proporcionada a Aetna durante el procesamiento de esta solicitud. En caso de ser rechazada la solicitud, usted recibirá una carta en la que se le notifica que su solicitud no fue aceptada. Los detalles específicos se mantendrán confidenciales. Si se niega la cobertura a todos los miembros que figuran en la solicitud, 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 fue aprobada y tanto usted como sus dependientes cubiertos tengan en su poder la(s) tarjeta(s) de identificación (ID) de miembro con la fecha de vigencia de la cobertura.

**OPCIONES DE PAGO**

**N. Easy Pay (Transferencia electrónica de fondos - EFT)**

**Sí**, me gustaría utilizar Easy Pay.  
 Número de cuenta corriente: \_\_\_\_\_  
 Número de ruta:            
 Nombre del banco: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s) en la cuenta corriente: \_\_\_\_\_

**No**, no deseo utilizar Easy Pay. Por favor, envíeme la factura todos los meses.



Número de ruta      Número de cuenta      Número de cheque

**Términos del acuerdo:** Mi(s) cuenta(s) en la institución nombrada tiene(n) 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 no 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. No se emitirá una factura.** Entiendo que al marcar el anterior casillero que dice "Sí" y por medio de la firma de la solicitud en la Página 5 (Sección L), estoy aceptando los términos del acuerdo de Easy Pay.

Cualquier ajuste de tarifas realizado de acuerdo con el proceso de 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 25% al 50% de la tarifa 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.

**O. Opción de pago con tarjeta de crédito**

Tipo de tarjeta de crédito  
 VISA     MasterCard

Nombre del titular de la tarjeta (exactamente como aparece en la tarjeta)

---

Número de cuenta      Fecha de vencimiento de la tarjeta      Código de verificación\*

-     -     -                  

**El pago con tarjeta de crédito puede utilizarse sólo para la prima inicial. Recibirá una factura en su próximo estado de cuenta.**

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 25% al 50% de la tarifa estándar.

\*El Código de verificación se encuentra al dorso de su tarjeta de crédito. Este código de tres dígitos en general está formado por los últimos tres dígitos situados en el espacio para la firma

**P. Pago con cheque personal o giro postal**

Por favor, incluya un cheque personal o giro postal pagadero a "Aetna" y adjúntelo a la solicitud completa.

**Q. Declaración de responsabilidad - Debe completarse en caso de que el solicitante no pueda o no haya completado la solicitud.**

Yo, \_\_\_\_\_, leí y completé personalmente la solicitud individual para el solicitante que se nombra a continuación porque:     El solicitante no sabe leer en inglés     El solicitante no sabe hablar en inglés     El solicitante no sabe escribir en inglés  
 Otra (explique): \_\_\_\_\_

Traduje el contenido de esta solicitud 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 de la solicitud

**R. 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 figura en la misma, que pueda tener relación con el riesgo? En caso afirmativo, adjunte una explicación.		<b>Agente general</b>		<b>Corredor de seguros</b>	
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Vio al solicitante propuesto en el momento en que se ejecutaba esta solicitud? En case negativo, por favor explique:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Firma del asesor de seguros (Obligatorio)</b>			<b>Firma del agente general (Obligatorio, si corresponde)</b>		
Fecha	Dirección de correo electrónico		Fecha	Dirección de correo electrónico	
Nombre del asesor o 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, por sus siglas en inglés) del asesor o agencia que será asignada como agente de registro			Número de identificación fiscal (TIN, por sus siglas en inglés) del agente		
Dirección (Calle, Número de suite/Número de casilla de correo personal [PMB, por sus siglas en inglés], Ciudad/Estado/Código Postal)			Dirección (Calle, Número de suite/Número de casilla de correo personal [PMB, por sus siglas en inglés], Ciudad/Estado/Código Postal)		
Número de teléfono ( )	Número de FAX ( )		Número de teléfono ( )	Número de FAX ( )	

**S. Representante de ventas de Aetna**

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

**T. Instrucciones:** *Por favor consulte el folleto actual del Plan Aetna Advantage antes de completar esta solicitud.*

**Por favor, repase estas instrucciones.**

- El solicitante debe completar la solicitud. Usted es responsable de garantizar que la información incluida en la solicitud sea correcta, completa y verdadera.
- Complete con letra legible y use tinta azul o negra. Por favor, no utilice lápiz ni corrector líquido.
- Esta solicitud debe ser recibida 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 esta solicitud puede ocasionar la cancelación de la cobertura.
- Su seguro entrará en vigencia sólo si esta solicitud es aprobada tal como se presentó y si se adjunta la prima adecuada.

*Usted no es elegible para la cobertura si la solicitante está actualmente embarazada (esté o no incluida en esta solicitud) o en proceso de adopción; o si cualquiera de los solicitantes no es ciudadano y 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 Aetna. No cancele su cobertura actual hasta que no reciba una notificación de aprobación de Aetna y hasta que entre en vigencia su cobertura de Aetna.**

**U. Fecha de vigencia**

- Las fechas se asignan el día 1ro 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:
  - o Peso Y altura
  - o Fecha de nacimiento
  - o Dirección y número de teléfono del médico
- Dirección postal incompleta incluyendo ciudad, estado y código postal.
- Respuestas incompletas en todas las secciones de la solicitud. 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.**

**V. Opciones de pago**

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

**W. Información de contacto**

Por favor devuelva esta solicitud al asesor de seguros o preséntela en la dirección que se indica a continuación.

<b>Aetna Advantage Plans for Individuals &amp; Families</b> <b>Mail Stop F230</b> <b>P. O. Box 61516</b> <b>King of Prussia, PA 19406-0916</b>	<b>Número de Fax: 866-223-2041</b> <b><a href="http://www.aetna.com">www.aetna.com</a></b>
---	---