



Planes Aetna Advantage para personas, familias y trabajadores independientes* - FL

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

Instrucciones:

- La solicitud debe ser completada por el solicitante en tinta azul o negra. **Por favor, completar con LETRA DE IMPRENTA legible. No se aceptará una fotocopia de esta solicitud.**
- **Esta solicitud debe ser completada en su totalidad y se debe seleccionar una (1) forma de pago; de lo contrario, el procesamiento será demorado.**
- En la **página 6, sección L** deben firmar y consignar la fecha todos los solicitantes, incluidos el cónyuge y los hijos de 18 años de edad y mayores.
- Los planes están asegurados por Aetna Life Insurance Company y Aetna Health Inc.

Envíe la solicitud completa a:

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

A. Información del solicitante

		Aetna Use Only Y - N - U	Fecha de vigencia:	Número:
Nombre		Apellido de soltera de la solicitante/cónyuge		
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 _____		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 _____		
Números de teléfono Residencia () Trabajo () Celular ()	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	Ocupación	¿Lee y escribe en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de correo electrónico		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.		
¿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 "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				
Si marcó "No", indique el/los nombre(s) y una explicación.				
Elija el tipo de plan de beneficios deseado: Managed Choice Open Access: <input type="checkbox"/> 2500 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> 7500 <input type="checkbox"/> MC Value 3000 <input type="checkbox"/> MC Value 5000 <input type="checkbox"/> MC Value 7500 <input type="checkbox"/> MC Value 10000 <input type="checkbox"/> MC con deducible alto 3000 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> MC con deducible alto 5000 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> MC Atención preventiva y en hospital 3000 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> MC 2500 con farmacia limitada <input type="checkbox"/> MC 5000 con farmacia limitada		POS Open Access: <input type="checkbox"/> 2500 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> 7500 <input type="checkbox"/> POS Value 3000 <input type="checkbox"/> POS Value 5000 <input type="checkbox"/> POS Value 7500 <input type="checkbox"/> POS Value 10000 <input type="checkbox"/> POS con deducible alto 3000 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> POS con deducible alto 5000 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> POS 2500 con farmacia limitada <input type="checkbox"/> POS 5000 con farmacia limitada <input type="checkbox"/> Dental (La opción dental sólo está disponible con cobertura médica). No todos los productos están disponibles en todos los condados. Consulte el mapa del estado en el folleto de Aetna Advantage.		Motivo de la solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo dependiente a un plan existente <input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente a un plan existente <input type="checkbox"/> Cambiar plan de beneficios existente <input type="checkbox"/> Solicitar revisión de tarifas

B. Personas cubiertas (Los hijos dependientes solteros están cubiertos hasta los 30 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 esta solicitud.

Código de familia	Apellido del segundo nombre	Nombre	Inicial	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Edad	Sexo (M/F)	Altura (ft/in)	Peso (lb)
APP									
SP									
01									
02									
03									

* En Florida, los trabajadores independientes pueden comprar un plan de seguro de grupo de emisión garantizada conforme a la reforma de pequeñas empresas (Small Group Reform).



Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

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

¿Tiene actualmente alguna cobertura 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
Proporcione el nombre de la compañía de seguros de atención de salud actual (o más reciente), el número de póliza y la fecha de terminación de la cobertura (si corresponde). Nombre: _____ Fecha de terminación: _____	
¿Alguno de los familiares antes enumerados está actualmente inscrito en un plan de Aetna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID): _____
Si marcó "Sí", proporcione nombres y parentesco: _____	
¿Alguna de las personas inscritas en esta solicitud alguna vez 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: _____	
¿Alguno de los solicitantes presentó alguna vez una solicitud por incapacidad o recibió beneficios por seguro de incapacidad o indemnización a trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", proporcione la siguiente información: Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____ Explicación: _____	
¿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: _____	

D. 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 4, sección F.	La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
A su leal saber y entender, en los últimos diez (10) años, ¿alguna de las personas inscritas en esta solicitud recibió tratamiento de un proveedor de atención de salud (incluidos medicamentos con receta) o fue hospitalizada por cualquiera de las siguientes condiciones o enfermedades detalladas en las secciones D y E?	
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 desgarros/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, cirrosis, ictericia, pérdida o aumento de peso sin motivo aparente, trastornos alimenticios, bypass gástrico/banda gástrica etc.	<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 (Complejo Asociado al Sida) u otros trastornos inmunológicos.	<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 o crónica, narcolepsia, apnea del sueño, temblores, esclerosis múltiple, convulsiones/epilepsia, distrofia muscular, distrofia simpático refleja (RSD, por sus siglas en inglés).	<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

Continúa

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

D. Antecedentes médicos del solicitante y TODOS sus dependientes (continuación)

D11.	Enfermedades/trastornos reproductivos femeninos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	c) ¿Alguna de las mujeres solicitantes tuvo una citología de PAP anormal? Si marcó "Sí", proporcione detalles en F1. Fecha de la última citología de PAP normal: Nombre de la solicitante: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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: 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 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 de la cobertura, si esta es aprobada, serán consideradas en la evaluación final de riesgos. Usted debe comunicar cualquier condición médica que ocurra durante dicho período.		

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 en la página 4, sección F.		La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
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 esta solicitud? 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 recibió consejo de reducir la ingesta de alcohol por un proveedor de atención de salud? Si marcó "Sí", 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? Si marcó "Sí", proporcione el/los nombre(s) del/de los solicitante(s) a continuación. 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

Continúa

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación de la solicitud							

E. Preguntas relacionadas con la salud (continuación)

E5.	¿Alguno de los solicitantes ha sido condenado por conducir en estado de ebriedad (DUI, por sus siglas en inglés)? Si marcó "Sí", proporcione el/los nombre(s) del/de los solicitante(s), estado(s) y fecha(s) a continuación. Nombre del solicitante: _____ Estado: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E6.	¿Alguno de los solicitantes tuvo un resultado positivo por exposición a una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o se le diagnosticó el complejo asociado al sida (ARC) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) provocado por una infección VIH u otro tipo de enfermedad o condición derivada de dicha infección?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E7.	¿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
E8.	¿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
E9.	¿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
E10.	¿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
E11.	¿Alguno de los solicitantes ha fumado o utilizado productos del tabaco, como rapé o tabaco para mascar en los últimos 2 años? Si marcó "Sí", 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
E12.	¿Alguno de los solicitantes ha tomado medicamentos con receta o un profesional médico autorizado se lo ha recomendado durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E13.	¿Alguno 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
E14.	¿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
E15.	¿Alguno de los solicitantes está actualmente en la lista de espera o registrado para donar un órgano o médula ósea (excluida 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 esta solicitud.

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

2. Indique todos los medicamentos con receta o muestras médicas que usted 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

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 o cualquiera de sus dependientes enumerados hayan consultado. Si la respuesta es ninguno, indique "Ninguno".		
Código de familia	Pregunta N° o motivo	Nombre, dirección y teléfono del médico tratante

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

F. Información detallada sobre salud (continuación)

4. Indique la última visita al médico de todos los miembros de la familia, incluidos los chequeos de rutina.					
Código de familia	Ninguna visita	Motivo de la visita	Fecha de la visita	Resultados de la visita	Nombre, dirección y teléfono del médico
APP					
SP					
01					
02					
03					

G. Cobertura HIPAA

Si yo o mis dependientes no calificamos para los planes Aetna Advantage individuales y familiares, deseo que se me considere para la inscripción en la cobertura HIPAA. Los requisitos de elegibilidad para la cobertura HIPAA se explican a continuación. Entiendo que no se requiere revisión de riesgos y que no se aplican las exclusiones preexistentes. Si califico, deseo que se me ofrezca la cobertura HIPAA y se me proporcione información sobre tarifas. **Si marcó "Si"**, deberá proporcionarse la siguiente información.

Nombre del/de los solicitante(s) que solicita(n) la cobertura HIPAA:

1. ¿Tiene cobertura o es elegible para Medicaid, Medicare u otro tipo de beneficios de seguro de salud patrocinados por empleadores, o tiene otro tipo de cobertura de salud? Si marcó "Si" , usted no es elegible para la cobertura HIPAA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha pasado recientemente un período mínimo de 18 meses de cobertura de salud continua con un plan de salud de grupo patrocinado por un empleador, que finalizó dentro de los últimos 63 días por un motivo que no sea falta de pago de primas o fraude? Si marcó "Si" , por favor adjunte el certificado de cobertura de su empleador o compañía de seguros O una carta del empleador con la siguiente información: Nombre del solicitante _____ Fecha de inicio (mes/día/año) _____ Fecha de terminación (mes/día/año) _____ Nombre de la(s) compañía(s) de seguros _____ Nº de teléfono _____ Si marcó " No ", usted no es elegible para la cobertura HIPAA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Fue usted elegible para la cobertura COBRA o de Continuación Estatal o para la póliza de conversión? Si marcó "Si" , por favor proporcione la siguiente información: Fecha de inicio (mes/día/año) _____ Fecha de terminación (mes/día/año) _____ Si marcó " No ", por favor explique: _____ Si la cobertura COBRA o de Continuación Estatal no está agotada, usted no es elegible para la cobertura HIPAA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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 solicitud, 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 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 6, 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 coincida con la fecha de la firma o que sea anterior a esta.

I. Declaración de condiciones de inscripción

Cada miembro de la familia será evaluado por separado y se le asignará el nivel de prima que corresponda 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 sean aprobados para recibir cobertura.

Prefiero recibir la comunicación por escrito referida a mi solicitud vía correo electrónico.

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, acepto y 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. Aetna puede cancelar la cobertura mediante la debida notificación escrita.
3. Autorizo a Aetna a solicitar mis registros médicos o los de mis dependientes (los que solicitan cobertura en este formulario), así como antecedentes de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacológica necesaria para el procesamiento de mi solicitud y para decidir la aprobación o desaprobación de mi solicitud o la 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 que solicitamos cobertura con esta solicitud, a divulgar la información solicitada por Aetna y descrita anteriormente a Aetna 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, 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 podré obtener llamando al número de Servicios al Cliente que figura en mi 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 esta solicitud antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar mi solicitud, incluida 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 y antes de la fecha de vigencia de la cobertura.
5. Usted puede obtener la información sobre compensación del agente, ya sea a través de su agente o en Aetna.com.
6. 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.

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, la solicitud debe estar firmada por alguno de los padres o su guardián legal.

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 o error en dicha información será motivo de cancelación/terminación de la cobertura que estoy solicitando.

Toda persona que, conscientemente y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamo o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

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

Una vez que presente esta solicitud, es posible que un representante de Aetna se comunique con usted por teléfono en cualquier momento para completar su solicitud 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 (mayor de edad)	Fecha de hoy	Firma del dependiente (mayor de edad)	Fecha de hoy

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

Q. Información para el agente 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 esta, que pueda tener relación con el riesgo? Si marcó "Sí", adjunte una explicación.		Agente general <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Agente 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 agente de seguros (obligatorio)			Firma del agente general (obligatorio, si corresponde)		
Fecha	Dirección de correo electrónico		Fecha	Dirección de correo electrónico	
Nombre del agente 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 agente 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. Agente de Aetna

Firma del agente (obligatorio)		Fecha
Apellido del agente (en letra de imprenta)	Nombre del agente (en letra de imprenta)	Número de licencia

S. Instrucciones

Por favor, repase las siguientes instrucciones.

- El solicitante debe completar esta solicitud. **Usted es responsable de garantizar que la información incluida en la solicitud sea correcta, completa y veraz.**
- 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 solo si esta solicitud es aprobada 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 haya sido aprobada 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 1° 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 los siguientes puntos:

- Datos faltantes o información incompleta, como la siguiente:
 - Peso Y altura
 - Fecha de nacimiento
 - Dirección y número de teléfono del médico
- Dirección postal incompleta, incluidos el estado, la ciudad y el 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.**

U. Opciones de pago

Lea detenidamente las instrucciones que acompañan a cada opción de pago (página 7, secciones N y O).

V. Información de contacto

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

Aetna Advantage Plans PO Box 14015 Lexington, KY 40512-4015	Fax #: 866-892-8396 Correo electrónico: www.aetna.com/members/individuals
--	---