



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

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

** Usted tiene la opción de elegir este plan de seguro de salud con elección de beneficios para el consumidor que, ya sea en todo o en parte, no proporciona los beneficios de salud que el estado exige normalmente en las pólizas de seguro por accidente y enfermedad en Texas. Este plan estándar de beneficios de salud puede ser una póliza de seguros de salud más económica para usted, pero al mismo tiempo, es posible que le proporcione menos beneficios de salud que los que se incluyen normalmente como beneficios de salud exigidos por el estado en las pólizas de Texas. Si elige este plan estándar de beneficios de salud, por favor consulte con su agente de seguros para saber qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos de esta póliza.

Envíe la solicitud completa a:

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

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 productos PPO están financiados por Aetna Life Insurance Company.

A. Información del solicitante

Aetna Use Only Y - N - U		Effective Date:	Number:
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 _____		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) <input type="checkbox"/> Vive en pareja Ocupación ¿Lee y escribe en inglés? <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		Dirección de correo electrónico	
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		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.	
Si marcó "No", indique el/los nombre(s) y una explicación.		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 actual <input type="checkbox"/> Solicitar revisión de tarifas	
Elija el tipo de plan de beneficios deseado:			
PPO: <input type="checkbox"/> PPO 2500** <input type="checkbox"/> PPO 3500** <input type="checkbox"/> PPO 5000 <input type="checkbox"/> PPO 7500** <input type="checkbox"/> PPO Value 1750** <input type="checkbox"/> PPO Value 3000** <input type="checkbox"/> PPO Value 5000** <input type="checkbox"/> Con deducible alto PPO 3500 (Compatible con HSA)** <input type="checkbox"/> Con deducible alto PPO 5500 (Compatible con HSA)** <input type="checkbox"/> Atención preventiva y en hospital 2750 (Compatible con HSA)**			
Managed Choice Open Access (MCOA): <input type="checkbox"/> MCOA 2500** <input type="checkbox"/> MCOA 3500** <input type="checkbox"/> MCOA 5000 <input type="checkbox"/> MCOA 7500** <input type="checkbox"/> MCOA Value 1750** <input type="checkbox"/> MCOA Value 3000** <input type="checkbox"/> MCOA Value 5000** <input type="checkbox"/> Con deducible alto MCOA 3500 (Compatible con HSA)** <input type="checkbox"/> Con deducible alto MCOA 5500 (Compatible con HSA)** <input type="checkbox"/> Atención preventiva y en hospital 2750 (Compatible con HSA)** <input type="checkbox"/> Dental (La opción Dental está disponible solo con alguno de los planes médicos anteriores).			

B. Personas cubiertas (Los hijos dependientes están cubiertos hasta los 25 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	Nombre Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Edad	Sexo M/F	Altura (ft/in)	Peso (lb)
APP	Solicitante								
SP	Cónyuge								
01	Dependiente								
02	Dependiente								
03	Dependiente								

* 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 de la solicitud

C. Datos del dependiente

¿Usted declara que todos los hijos antes mencionados de entre 19 y 25 años de edad son solteros?
 Sí No

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

¿Está reemplazando una cobertura existente? Sí No ¿Su(s) cónyuge/hijos también está(n) cubierto(s)? Sí No

¿Alguno de los familiares antes enumerados está actualmente inscrito en un plan de Aetna? Sí No

Si marcó "Sí", 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 presentó alguna vez una solicitud por incapacidad o recibió beneficios por seguro de incapacidad o indemnización a trabajadores? Sí No

Si marcó "Sí", proporcione la siguiente información:
 Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____ Explicación: _____

E. Antecedentes médicos de las personas y 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 G.	La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
--	---

En los últimos (10) años, ¿alguna de las personas enumeradas en esta solicitud tuvo algún indicio o síntoma que llevaría a una persona común y prudente a consultar con un profesional de la salud o recibir tratamiento, o se le recomendó un tratamiento o una consulta, recibió tratamiento de un proveedor de atención de salud (incluidos medicamentos con receta) o fue hospitalizada por alguna de las siguientes condiciones o enfermedades descritas en las secciones E y F?

E1.	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
E2.	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
E3.	Enfermedades/trastornos musculoesqueléticos: trastornos o lesiones de los huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, tendones o discos, tales como desgarramientos/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
E4.	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
E5.	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
E6.	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
E7.	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
E8.	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, u otros trastornos inmunológicos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E9.	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, por sus siglas en inglés), etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E10.	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							

E. Antecedentes médicos de las personas y sus dependientes (continuación)

E11.	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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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 G1 . 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 de la solicitante a continuación. Nombre de la solicitante: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E12.	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
E13.	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
E14.	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
E15.	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.		

F. 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 G.		La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
F1.	¿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
F2.	¿Alguno de los solicitantes fue tratado o diagnosticado por abuso de alcohol, drogas o sustancias o se le aconsejó reducir la ingesta de alcohol? 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
F3.	¿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
F4.	¿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
F5.	¿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). Nombre del solicitante: _____ Estado: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F6.	¿Alguno de los solicitantes ha sido diagnosticado o recibido tratamiento de un médico o proveedor de atención de salud por sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), ARC (Complejo Asociado al Sida) o ha tenido un resultado positivo de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

continúa

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación de la solicitud							

F. Preguntas relacionadas con la salud (continuación)

F7.	¿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
F8.	¿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
F9.	¿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
F10.	¿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
F11.	¿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
F12.	¿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
F13.	¿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
F14.	¿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
F15.	¿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

G. 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 E y F.

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
						<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

continúa

* Ver Página 1, Sección B.

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

G. 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 o cualquiera de sus dependientes enumerados hayan consultado. Si la respuesta es ninguno, indique "Ninguno".

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

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

Código de familia*	Nº de la visita	Motivo de la visita	Fecha de la visita	Resultados de la visita	Nombre, dirección y teléfono del médico
APP					
SP					
01					
02					
03					

* Ver Página 1, Sección B.

H. 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 _____

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 solicitud vía correo electrónico.

J. 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.

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, sujeto a los términos y condiciones del periodo de gracia, 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 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. 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, consciente o deliberadamente, realice una declaración o comunicación falsa o fraudulenta en una solicitud de seguro o con referencia a ella puede ser culpable de fraude de seguros.

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 intencional de un hecho importante en dicha información será motivo de cancelación/terminación de la cobertura que estoy solicitando.

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							

M. Elección de los planes PPO 2500, 3500, 7500, PPO Value 1750, 3000, 5000, PPO con deducible alto 3500, PPO con deducible alto 5500 y Atención preventiva y en hospital 2750, MCOA 2500, 3500, 7500, MCOA Value 1750, 3000, 5000, MCOA con deducible alto 3500, MCOA con deducible alto 5000 y Atención preventiva y en hospital 3000

Al elegir uno de los planes con elección de beneficios para el consumidor enumerados en el título anterior, usted ha elegido optar por un plan que puede proporcionarle menos beneficios de salud que los exigidos por el estado de Texas.

AVISO DE DIVULGACIÓN REQUERIDO POR EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS (TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE) PARA TODOS LOS PLANES DE BENEFICIOS INDIVIDUALES INDEMNITY CON ELECCIÓN PARA EL CONSUMIDOR EMITIDOS EN TEXAS

Como lo requiere el 28 TAC §21.3530, he sido informado de que el plan con elección de beneficios para el consumidor que estoy adquiriendo no incluye todos los beneficios de seguro de salud exigidos por el estado. Entiendo que los siguientes beneficios son proporcionados en un nivel menor del exigido o están excluidos por completo del plan:

Descripción del beneficio exigido	Beneficio reducido	Beneficio excluido
Telemedicina/Telesalud: Artículo 21.53F del Código de Seguros de Texas (Texas Insurance Code) Servicios médicos, algunos de los cuales pueden llevarse a cabo sin una consulta en persona.		No está cubierto.
Beneficios de maternidad: Sección 21.404(6), Subcapítulo E, Título 28 del Código Administrativo de Texas (Texas Administration Code)		No es ofrecido. Las complicaciones del embarazo están cubiertas.
Mastectomía. Duración mínima de la estadía después de una mastectomía o disección de nódulos linfáticos		La duración mínima de la estadía, Artículo 21.52G del Código de Seguros de Texas, es determinada por el médico tratante en consulta con el paciente. Puede variar del mínimo establecido por la ley.
Trastornos mentales/nerviosos con enfermedad orgánica demostrable: Sección 3.3057(d), Anexo A, Subcapítulo S, Título 28 del Código Administrativo de Texas		No está cubierto.
Ciertas terapias para niños con retraso en el desarrollo: Artículo 21.53F, Sección 9 del Código de Seguros de Texas		No está cubierto.
VIH, sida o enfermedades relacionadas con VIH: Artículos 3.70-3A del Código de Seguros de Texas; Sección 3.3057(d), Anexo A, Subcapítulo S, Título 28 del Código Administrativo de Texas		No está cubierto.

También entiendo que si adquiero un plan de salud que excluye o reduce la cobertura para una determinada enfermedad, puedo estar limitando mi posibilidad de obtener cobertura de seguro individual para esa enfermedad, en caso de que la salud de cualquier persona cubierta por el plan cambie. Entiendo que puedo obtener del Departamento de Seguros un folleto para consumidores con más información sobre los planes con elección de beneficios de salud para el consumidor, ya sea visitando el sitio en Internet del Departamento de Seguros de Texas (TDI): www.tdi.state.tx.us/consumer/indexc.html o llamando al 1-800-252-3439.

NOTA: Esta solicitud debe ser conservada por la compañía de seguros que emite la póliza y proporcionada al Comisionado de Seguros cuando este la solicite. **Tiene derecho a recibir una copia de esta declaración de divulgación escrita de manera gratuita.** Se debe completar una nueva solicitud con cada renovación subsiguiente de esta póliza.

Al firmar este documento, afirmo que me han ofrecido un plan de beneficios que contiene los beneficios de seguro de salud exigidos por el estado y que yo elegí adquirir este plan con elección de beneficios para el consumidor.

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

N. 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 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 recibir 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 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.

O. 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).

P. Pagos recurrentes o posteriores

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

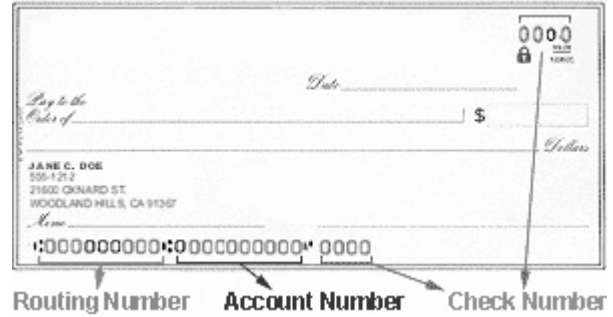
Easy Pay (Transferencia electrónica de fondos - EFT)

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 6, Sección L**, 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 aprobada la solicitud. 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 6, 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de vencimiento de la tarjeta

El pago con tarjeta de crédito puede utilizarse solo para la prima inicial y será cargado luego de la aprobación de su solicitud. 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.

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 lee español. El solicitante no habla español. El solicitante no escribe en español.

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 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 esta, que pueda tener relación con el riesgo? Si marcó "Sí", 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	
3. Reconozco que el solicitante ha recibido un "resumen de cobertura". 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)		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 ()		

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, 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 intencional de un hecho importante en la 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.

U. 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 los siguientes puntos:

- Datos faltantes o información incompleta, como por ejemplo:
 - 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.**

V. Opciones de pago

Lea detenidamente las instrucciones que acompañan a cada opción de pago (Página 8, Secciones O y P).

W. Información de contacto

Por favor, devuelva esta solicitud al agente o preséntela en la dirección que se indica a continuación.

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