



1. Nombre del Empleador - Nombre (con todas sus letras) del Negocio u Organización	2. Número de Control	Sufijo	de Cuenta	3. Número del Plan	4. Número del Grupo (Sólo para Plan HMO- Usarse sólo para el plan IMO)	5. Oficina de Servicios (SFO)
6. Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) - Oficina Principal del Negocio u Organización	7. Código de la Oficina de Reclamaciones	8. Código del Cliente (Opcional)	9. Número de Identificación de la Red (Network ID)			

**Al Empleador**

*Vea las instrucciones adicionales en el dorso.*

- **Inscripciones Nuevas:** Complete la Sección B titulada “Información sobre el Empleador” del *Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios* y consulte las Instrucciones en el dorso de esta página para asegurarse de que la información crítica que aquí provee es correcta y está completa.
- **Cambios:** Vea la Sección A titulada “Información Sobre la Transacción” del *Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios* y consulte las Instrucciones en el dorso de esta página para asegurarse de que la información crítica que aquí provee es correcta y está completa.
- **Terminaciones:** Asegúrese de firmar y poner la fecha en el formulario (Sección E).

**Al Empleado**

*Vea las instrucciones adicionales en el dorso.*

- Favor de completar todas las secciones requeridas del *Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios* y consulte las Instrucciones en el dorso de esta página para asegurarse de que la información crítica que aquí provee es correcta y está completa.
- Tendrá que proporcionar información adicional en los apartados de la Sección D en que figura un asterisco (\*). Nota: Vea las instrucciones.
- **Asegúrese de firmar y poner la fecha en el formulario (Sección E).**

**Si tiene preguntas, comuníquese con el Administrador de Beneficios (Benefits Administrator).**

**Instrucciones - Se proveen instrucciones sólo para aquellos apartados que requieren explicación o para los cuales usted podría necesitar información adicional.**

(✓) Para confirmar la cobertura solicitada, marque el cuadro apropiado del apartado denominado "Marque Uno" que figura en la parte superior izquierda del formulario. En el cuadro denominado "Otro" podría incluir **Seguro de Vida Solamente o Cobertura Dental Solamente**.

<p><b>A. Información Sobre la Transacción</b></p> <p><i>Asegúrese de poner la fecha en la sección <b>Fecha de Efectividad</b> que figura en la parte superior derecha del formulario.</i></p> <p><i>Asegúrese de leer la Sección E. <b>Firme su nombre y ponga la fecha.</b></i></p>	<p><b>Para Inscribirse</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Ponga la <b>Fecha de Efectividad</b> y marque el cuadro apropiado en la Sección <b>A</b>, Número <b>1</b>.</li><li>– Rellene por completo los apartados en blanco de la Sección <b>B</b> (si aplica).</li><li>– Rellene por completo la Sección <b>C</b>, los Números del <b>1 al 9</b>.</li><li>– Rellene por completo la Sección <b>D</b>, para todas las personas para las que usted solicita la cobertura. Rellene por completo <b>TODOS</b> los apartados para cada persona enumerada.</li><li>– Ponga el <b>Nombre y Número de Identificación del Proveedor de Atención Médica Primario (Primary Care Provider-PCP)</b> – si se aplica. (Sección <b>D</b>)</li></ul>	<p><b>Para Cambios</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Ponga la <b>Fecha de Efectividad</b> y marque el cuadro apropiado en la Sección <b>A</b>, Número <b>2</b>.</li><li>– Rellene por completo los apartados en blanco de la Sección <b>B</b> (si aplica).</li><li>– Rellene por completo la Sección <b>C</b>, los Números <b>1 y 2</b>.</li><li>– Indique la información que ha cambiado en las secciones apropiadas (Secciones <b>B, C, D</b>) y <i>trace un círculo alrededor de dichas secciones</i>.</li><li>– Marque el cuadro denominado "Otro" para cancelar la cobertura de los dependientes e incluya el nombre de las personas en la Sección <b>D</b>.</li></ul> <p><b>Para Terminar la Cobertura</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Ponga la <b>Fecha de Efectividad</b> y marque el cuadro apropiado en la Sección <b>A</b>, Número <b>3</b>.</li><li>– Indique la razón para la Terminación o Cancelación.</li><li>– Marque el cuadro apropiado para las personas que desean continuar la cobertura para la atención de la salud. <b>Nota:</b> La Sección <b>D</b> deberá rellenarse por completo para todas las personas que continúan la cobertura.</li></ul>
<p><b>B. Información sobre el Empleador</b></p> <p><i>El número del Grupo (B4), y el código de la Oficina de Servicios (B5) y de la Oficina de Reclamaciones (B7) y Número de Identificación de la Red (B9) será asignado por Aetna.</i></p>	<p><b>B2. Número de Control y Sufijo de Cuenta</b> - Si esta información no está impresa, provea el número de Control y el de Sufijo de Cuenta.</p> <p><b>B3. Número del Plan</b> - Si esta información no está impresa, consulte la Hoja del Plan "Plan Sheet" para determinar el Número del Plan correcto.</p> <p><b>B8. Código del Cliente (Opcional)</b> - Provea un código de indentificación del cliente para el empleado únicamente si había decidido proveer esta información.</p>	
<p><b>C. Información sobre el Empleado</b></p> <p><i>Para ser rellenado por la persona que está inscribiéndose.</i></p>	<p><b>C8. Designación del Beneficiario</b> - <i>Nombre Completo del Beneficiario (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre y Apellido)</i>, Número del Seguro Social y parentesco de la persona a quien se le pagarán los beneficios en caso de su muerte.</p> <p><b>C9. Salario</b> - Consulte con el Administrador de Beneficios (Benefits Administrator) para averiguar si es necesario indicar el sueldo y la cantidad de seguro. Marque el cuadro apropiado y escriba la cantidad redondeada en dólares.</p>	
<p><b>D. Personas Cubiertas</b></p> <p><i>Para ser rellenado por la persona que está inscribiéndose.</i></p> <p><i>Provea solamente los nombres de aquellas personas para las que está solicitando/ cambiando la cobertura y provea TODOS los datos solicitados para cada persona.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Añadir/Cambiar/Anular</b> - Escriba una "A" para Añadir, una "C" para Cambios, o una "R" para Anular, si está añadiendo, cambiando o anulando la cobertura para una persona.</li><li>– <b>Parentesco</b> - Escriba <b>SOLAMENTE</b>: una "H" por Esposo, una "W" por Esposa, una "N" por Cónyuge Divorciado, una "S" por Hijo, una "D" por Hija, una "Y" por Persona Patrocinada de Sexo Masculino, una "X" por persona patrocinada de Sexo Femenino. <b>Si el dependiente NO es un hijo biológico ni un hijo adoptado legalmente, favor de indicar el parentesco con el empleado en la sección titulada "Comentarios Especiales"</b>.</li><li>– <b>Nombre</b> - Esto <b>deberá</b> rellenarse para todas las personas para quienes usted está seleccionando cobertura o efectuando cambios. Favor de proveer <b>TODA</b> la información solicitada en la Sección <b>D</b> para cada persona. Adjunte otro formulario si está solicitando la cobertura para dependientes adicionales.</li><li>– <b>Fecha de Nacimiento</b> - Al escribir la fecha de nacimiento, escriba el año en que nació por completo, por ejemplo 11/20/1979.</li><li>* <b>Plan de Seguro Anterior</b> - Indique "Sí" si usted estaba cubierto bajo el plan de Seguro anterior de su Empleador o bajo otro plan de seguro anterior. <b>NOTA:</b> En la sección titulada "Comentarios Especiales" deberá incluir la siguiente información: <b>Nombre del Plan o Asegurador, fecha efectiva de la cobertura anterior, número de póliza/grupo y tipo de cobertura anterior (individual o de grupo)</b>.</li><li>* <b>Otra Cobertura de Atención de la Salud</b> - Indique "Sí" si usted está cubierto actualmente por otro plan de seguro de atención de la salud. <b>NOTA:</b> En la sección titulada "Comentarios Especiales" deberá incluir la siguiente información: <b>Nombre de la Compañía Aseguradora</b>.</li><li>– <b>Está Actualmente Cubierto bajo Medicare</b> - Indique "Sí" basándose en la edad o estado de incapacidad del empleado/dependiente(s).</li><li>* <b>Incapacitado</b> - Indique "Sí" si el dependiente está incapacitado y depende de usted para su mantenimiento económico, provea pruebas de la incapacidad del médico que lo atiende.</li><li>* <b>Estudiante de 19 Años o Mayor</b> - Definición: Hijo dependiente soltero de 19 años de edad o mayor (consulte el Resumen de Beneficios), que asiste regularmente a una escuela y depende principalmente del empleado para su mantenimiento económico. La oficina de Member Services (Servicios a Miembros) podría pedir que usted provea pruebas de la institución educativa.</li><li>– <b>Proveedor de Atención Primario (Proveedor PCP), Número de Identificación/Nombre</b> – Consulte el directorio de proveedores apropiado y obtenga el número de identificación (si se aplica). Incluya en el formulario el número de identificación seleccionado. Indique "Sí" si el Proveedor PCP lo ha atendido anteriormente.</li></ul>	
<p><b>E. Reconocimientos</b></p> <p><i>Se requiere la firma.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Lea la información que aparece arriba del espacio provisto para su firma y la sección titulada "<b>Autorización del Empleado</b>" en el dorso del formulario.</li><li>– <b>Firme y ponga la fecha.</b></li></ul>	



# Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios Aetna Life Insurance Company

Marque Uno:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aetna Choice™ POS II              | <input type="checkbox"/> HMO (SÓLO PARA IMO) |
| <input type="checkbox"/> Aetna HealthFund                  | <input type="checkbox"/> Managed Choice® POS |
| <input type="checkbox"/> Aetna Open Access™ Elect Choice   | <input type="checkbox"/> Open Choice® PPO    |
| <input type="checkbox"/> Aetna Open Access™ Managed Choice | <input type="checkbox"/> Traditional Choice® |
| <input type="checkbox"/> Elect Choice® EPO                 | <input type="checkbox"/> Otro _____          |

## A. Información sobre la Transacción

- 1. Inscripción (Marque Uno)**
- Empleado Nuevo  
Fecha de Empleo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
00 00 0000
- Reinscripción/Reintegro de la Cobertura  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
00 00 0000
- De vuelta al Trabajo  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
00 00 0000

## FECHA DE EFECTIVIDAD (Mes/Día/Año)

- 2. Cambio**
- Número del Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_
- Número de Control/Sufijo de Cuenta (B.2.) \_\_\_\_\_
- Terminar la Continuación de la Cobertura de Salud (COBRA)
- Otro \_\_\_\_\_
- 3. Terminación**
- Terminación del Empleo - Razón \_\_\_\_\_
- Cancelación de la Cobertura - Razón \_\_\_\_\_
- Continuación de la Cobertura de Salud del Empleado (COBRA)
- Continuación de la Cobertura de Salud del Dependiente (COBRA)

## B. Información sobre el Empleador

1. Nombre del Empleador - Nombre (con todas sus letras) del Negocio u Organización	2. Número de Control	Sufijo	de Cuenta	3. Número del Plan	4. Número del Grupo (Sólo para Plan HMO (Usarse sólo para el plan IMO)	5. Oficina de Servicios (SFO)
6. Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) - Oficina Principal del Negocio u Organización		7. Código de la Oficina de Reclamaciones	8. Código del Cliente (Opcional)	9. Número de Identificación de la Red (Network ID)		

## C. Información sobre el Empleado - Favor de usar letra de molde

1. Número del Seguro Social del Empleado - -	2. Nombre del Empleado (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		3. Dirección del Empleado Número, Calle, Apartamento _____ _____ _____ Ciudad Estado Código Postal			
4. Condición de Empleo <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	5. Sexo	6. Número de Teléfono de su Domicilio ( ) -	7. Número de Teléfono de su Trabajo ( ) -	9. Salario		
8. Designación de Beneficiario - Nombre Completo del Beneficiario (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) Usar la sección "Comentarios Especiales" si hay más de un beneficiario.			Número del Seguro Social del Beneficiario - -	Parentesco con el Empleado	<input type="checkbox"/> Anual \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad de Seguro \$ _____
				<input type="checkbox"/> Semanal \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Suplementario \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros \$ _____

## D. Personas Cubiertas (incluya el nombre de las personas para quienes solicita/cambia la cobertura.)

Marque este cuadro si rehusa cobertura para sus dependientes.

(A) Añadir/Nuevo (C) Cambio (R) Anular	Código por Parentesco	Nombre (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido) (provea una explicación sobre los apellidos diferentes en la sección Comentarios Especiales)	Número del Seguro Social (Si el dependiente no tiene uno escriba "None.")	Fecha de Nacimiento 00 / 00 / 0000	Dirección del Dependiente (Si no es la misma del empleado)	Plan de Seguro Anterior	Otra Cobertura Médica	Actualmente Cubierto Bajo Medicare	Incapacitado	Estudiante de 19 Años o Mayor	# de Identificación del Proveedor de Atención Primario Nombre del Proveedor de Atención Primario	Lo ha Atendido Anteriormente
	Yo		- -	/ /	No se Aplica	Sí* <input type="checkbox"/>	Sí* <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí* N/A	Sí* N/A	Número _____ Nombre _____	Sí <input type="checkbox"/>
			- -	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número _____ Nombre _____	<input type="checkbox"/>
			- -	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número _____ Nombre _____	<input type="checkbox"/>
			- -	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número _____ Nombre _____	<input type="checkbox"/>

Comentarios Especiales

## E. Reconocimientos - Se requiere firmar esta sección

Dirección del Correo Electrónico (E-mail) del Empleado:

Yo reconozco haber leído la disposición de Autorización descrita en el dorso de este Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios y estoy de acuerdo con sus términos. Entiendo que, el no firmar este formulario dentro de los 31 días siguientes a la solicitud de esta transacción, o que si por cualquier motivo Aetna no recibe en sus oficinas notificación sobre dicha solicitud de transacción dentro de un tiempo razonable a partir de la fecha en que ocurre el acontecimiento, podría afectar mi elegibilidad así como la de mis dependientes.

Firma del Empleado X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Empleador X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Autorización de la persona que se inscribe en el plan

<b>Revelación de Información sobre los Cuidados de Atención de la Salud</b>	Autorizo a cualquier médico, a otro profesional de atención de la salud, a los hospitales, a otras instituciones para la atención de la salud y a mi empleador que proporcionen, en cualquier momento y según lo permitido por la ley, a Aetna Life Insurance Company o a una entidad afiliada (“Aetna”), información relativa a consejos sobre la atención de la salud (incluyendo los servicios dentales), tratamientos o suministros recibidos por mi cónyuge o dependientes o por mí, incluyendo aquellos relacionados con la salud mental, abuso de drogas o alcoholismo y SIDA/Virus de Inmunodeficiencia Humana (“información sobre los cuidados de atención de la salud”).
<b>Nueva Revelación de Información sobre los Cuidados de Atención de la Salud</b>	También autorizo a Aetna a revelar información relativa a los cuidados de atención de la salud a mi empleador, a profesionales e instituciones de atención de la salud, a cualquier administrador de reclamaciones independientes, a organizaciones que examinan el uso de los servicios médicos (utilization review organizations) y a reaseguradores o a otros aseguradores con quien Aetna tiene un contrato en vigor.
<b>Propósito de la Revelación de Información a Otros</b>	La información sobre los cuidados de atención de la salud será usada para coordinar la atención médica del paciente, en la administración de los beneficios, en la evaluación y administración de la calidad de los servicios así como en el cumplimiento de las obligaciones impuestas a Aetna por leyes o contratos.
<b>Autorización de los Dependientes</b>	He discutido los términos de esta autorización con mi cónyuge así como con los adultos dependientes competentes, y he obtenido su consentimiento para que se suministre información relativa a cuidados de atención de la salud prestados a ellos según esta autorización.
<b>Derechos de las Personas Aseguradas</b>	Entiendo que puedo revisar y rectificar la información relativa a cuidados de atención de la salud, con excepción de la información sobre mi o mis dependientes relacionada con reclamaciones o procedimientos civiles o penales en los que yo o mis dependientes estemos involucrados. También entiendo que podría revocar esta autorización en cualquier momento, excepto si Aetna o un tercero dependen de ella. Además, entiendo que podría recibir una fotocopia de esta autorización, y que dicha fotocopia es tan válida como la original.
<b>Duración de la Autorización</b>	Esta autorización es válida durante el término de esta cobertura o durante el período permitido por la ley.
<b>Descuentos de la Nómina y Otros Pagos</b>	Por la presente solicito la cobertura que he indicado y para la que soy elegible. Autorizo se descuenta de mi sueldo el pago por cualquier contribución requerida para la cobertura de cuidados de atención de la salud, y acepto hacer los pagos que sean necesarios según se requiera para la cobertura.
<b>Representaciones Falsas</b>	Entiendo que es ilegal que tanto yo como mis dependientes a sabiendas y con intención de defraudar o intentar defraudar a Aetna, presentemos información o datos falsos, incompletos o engañosos. Entre las penalidades por cometer este delito figuran encarcelamiento, multas, denegación de la cobertura, rescisión de los beneficios y demandas legales. <b>Atención: Residentes de Pennsylvania:</b> 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 solicitud de reclamación de beneficios que contenga información falsa o encubra, con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia dicha persona será sometida a penalidades impuestas por las leyes de derecho penal y civil.
<b>Contratistas Independientes</b>	La persona solicitante reconoce que los proveedores participantes en los planes de Aetna Life Insurance Company, incluso todos los médicos de atención primaria participantes, son contratistas independientes y no son ni agentes ni empleados de Aetna Life Insurance Company.