



Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios

Aetna Health of Illinois Inc.

Información del Grupo del Empleador – Para ser Completado por el Empleador:	Nombre del Grupo	Número del Grupo	Código de Identificación
------------------------------------------------------------------------------------	------------------	------------------	--------------------------

A. Tipo de Actividad - El Empleado tiene que llenar por completo las secciones del A hasta el E. Por favor escriba claramente en letra de molde.

<p>Instrucciones: Consulte las instrucciones al dorso antes de llenar por completo este formulario. Usted, el empleado, tendrá que llenar por completo esta solicitud o la misma le será devuelta lo que creará demoras en los trámites. Usted es responsable de proporcionar datos que estén completos y sean verdaderos.</p>	<p>Inscripción</p> <p><input type="checkbox"/> Subscriptor Nuevo</p> <p style="text-align: center;">Fecha de Efectividad / /</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Fecha de Contratación / /</p>	<p>Cambios - Marque todas las casillas que se aplican.</p> <p><input type="checkbox"/> Añadir al Cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Añadir a un Hijo Dependiente</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de Nombre</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de Plan</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p>	<p style="text-align: center;">Fecha del Acontecimiento / /</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Razón</p>	<p>Eliminar o Terminar - Marque todas las casillas que se aplican.</p> <p><input type="checkbox"/> Anular al Cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Anular a un Hijo Dependiente</p> <p><input type="checkbox"/> Renuncia/Terminación del Empleado</p>	<p style="text-align: center;">Fecha de Efectividad / /</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Razón</p>	<p>Continuación de la Cobertura, por ejemplo, COBRA, Plan Estatal - No todas las opciones están disponibles. Comuníquese con su Empleador para las opciones disponibles.</p> <p>Cobertura Para: <input type="checkbox"/> El Empleado <input type="checkbox"/> Los Dependientes</p> <p>Duración de la Continuación: <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> 29 - Adjunte la determinación de la incapacidad que recibió de la Administración del Seguro Social</p> <p>Fecha de la Pérdida de la Cobertura: / /</p> <p>Fecha del Evento Calificativo: / /</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B. Información sobre el Empleado

Número de Seguro Social	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Número del Teléfono de su Domicilio ()	
Dirección de su Domicilio	Número del Apartamento	Ciudad, Estado	Código Postal	
Nombre del Empleador			Número del Teléfono de su Trabajo ()	
Dirección de su Lugar de Trabajo	Ciudad, Estado		Código Postal	

C. Tipo de Plan Seleccionado – Su selección tiene que ser ofrecida por su Empleador.

<p>Marque Uno:</p> <p><input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> QPOS® <input type="checkbox"/> USAccess®</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Open Access™ HMO</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Choice™ POS</p>	<p>Escriba el Nombre del Plan</p> <hr/> <p>Copago Primario:</p> <p><input type="checkbox"/> \$5 <input type="checkbox"/> \$10</p> <p><input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> Otro \$ _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D. Personas Cubiertas - Relacione a las personas para quienes usted está añadiendo/cambiando/removiendo la cobertura. Adjunte una hoja por separado para relacionar a hijos adicionales. Adjunte pruebas para sus hijos que son estudiantes universitarios de plena dedicación (full time).

(A)ñadir (C)ambiar (R)emover	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Sexo M F	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00 00 0000)	Número de Seguro Social	Otro Plan de Seguro Médico	Otro Plan de Cobertura de Recetas Médicas	Número de Identificación del Consultorio Primario	Paciente Actual	Número de Identificación del Consultorio del Dentista (si se aplica)	Paciente Actual	Raza/Grupo Cultural-Opcional <small>(Ésta información está diseñada con el propósito de reunir información y no será usada para determinar la elegibilidad, clasificar o pagar la reclamación.)</small>
	Empleado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<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"/> Blanca - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericana o Negra - 02 <input type="checkbox"/> Hispánica o Latina - 03 <input type="checkbox"/> Asiática - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____
	Cónyuge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<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"/> Blanca - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericana o Negra - 02 <input type="checkbox"/> Hispánica o Latina - 03 <input type="checkbox"/> Asiática - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____
	Hijo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<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"/> Blanca - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericana o Negra - 02 <input type="checkbox"/> Hispánica o Latina - 03 <input type="checkbox"/> Asiática - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____
	Hijo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<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"/> Blanca - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericana o Negra - 02 <input type="checkbox"/> Hispánica o Latina - 03 <input type="checkbox"/> Asiática - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____
	Hijo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /		<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"/> Blanca - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericana o Negra - 02 <input type="checkbox"/> Hispánica o Latina - 03 <input type="checkbox"/> Asiática - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____

¿De los dependientes que mencionó más arriba, alguno no vive con el Empleado y tiene otra dirección? Si la respuesta es "Sí", ¿quién es y cuál es su dirección? Sí No

Explique las circunstancias.

Si algunos de sus dependientes no tienen su mismo apellido, explique las circunstancias.

¿Trabaja su Cónyuge? Sí No Si la respuesta es "Sí", provea el nombre y la dirección del empleador de su cónyuge.

Si usted marcó "Sí" más arriba bajo "Otro Plan de Seguro Médico" y/o bajo "Otro Plan de Cobertura de Recetas Médicas," provea el nombre y el número de la póliza de la compañía aseguradora, plan HMO u otro seguro.

Si usted tiene preguntas sobre los beneficios provistos o excluidos bajo este Acuerdo, comuníquese con un representante de Servicios a Miembros al teléfono 1-800-323-9930 antes de firmar este formulario.

E. Firma del Empleado

Declaro que toda la información provista en este formulario es verdadera y completa. Por este medio consiento a las condiciones de la inscripción que figuran en el dorso de la copia de este formulario para el empleado.	Firma del Empleado - se requiere X Fecha / / Dirección del Correo Electrónico (E-Mail)
Idioma que domina (habla) mejor	

F. Verificación del Empleador – Para ser Completado por su Empleador

Firma del Empleador - se requiere X	Título / Fecha / /
-----------------------------------------------	--------------------

La copia del empleado podría usarse como tarjeta de identificación provisional por 30 días a partir de la fecha efectiva, si su empleador lo autoriza. Tendrá que verificar la cobertura con Aetna antes de visitar un especialista o ser ingresado en un hospital.

Instrucciones

Para el Empleador

- Llene por completo la **Información de Grupo del Empleador** en la parte superior del formulario.
- Llene por completo la **Sección F – Verificación del Empleador**, en la parte inferior derecha del formulario.
 - El empleador tiene que llenar por completo esta sección para todas las inscripciones nuevas o cambios de la cobertura.
 - El empleador tiene que firmar su nombre y escribir la fecha en el Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios para que se realicen los trámites solicitados.

Para el Empleado – Complete las Secciones A – E.

Sección A – Tipo de Actividad:

Marque las casillas que indiquen la razón por la cual envía este Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios.

Sección B – Información sobre el Empleado:

Llene por completo **toda** la información en el Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios para que se realicen los trámites solicitados.

Sección C – Tipo de Plan Seleccionado:

- Seleccione solamente una opción de las que son ofrecidas por su empleador.
- Marque una casilla, indique el Nombre del Plan (donde es aplicable) y marque *una* cantidad de Copago Primario.

Sección D – Personas Cubiertas:

- Añadir/Cambiar/Remover - Use “A”, “C”, o “R” para indicar si usted está añadiendo, cambiando o removiendo la cobertura para un individuo.
- Escriba en letra de molde su nombre completo y el de cada uno de sus dependientes, si algunos tuviese. Provea el Sexo, la Fecha de Nacimiento y el Número de Seguro Social para cada persona mencionada.
- Si algún dependiente es un estudiante universitario de plena dedicación (full time), usted **tiene** que adjuntar a este formulario un programa con los cursos en los que el estudiante está matriculado o una carta de la escuela para confirmar que el dependiente es un estudiante de plena dedicación (12 o más créditos).
- Si usted o sus dependientes tienen otra cobertura de Salud o de Recetas Médicas, marque las casillas que indican “S” y provea el nombre y el número de la póliza de la compañía aseguradora, HMO o de otro seguro en el espacio provisto para ello.
- Consulte el directorio de proveedores apropiado y obtenga el número de identificación de **6-dígitos** asignado al médico/dentista de atención primaria (si se aplica). Incluya en el formulario el número de identificación seleccionado.
- Si usted es un paciente en la actualidad, por favor marque la casilla "S" bajo "Paciente Actual".
- *Opcional* – Indique la Raza/Grupo Cultural para usted y sus dependientes marcando las casillas correspondientes. Si la Raza/Grupo Cultural al que pertenece no figura en el encasillado, por favor marque la casilla denominada “Otra” y escriba en letra de molde la Raza/Grupo Cultural a la que usted y sus dependientes pertenecen en el espacio así designado.

Sección E – Firma del Empleado:

- Complete esta sección para todas las inscripciones nuevas o cambios en la cobertura.
- El empleado tiene que firmar su nombre y escribir la fecha en el Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios para que se realicen los trámites solicitados.

Sección F – Verificación del Empleador:

- El empleador tiene que llenar por completo esta sección para todas las inscripciones nuevas o cambios en la cobertura.
- El empleador tiene que firmar su nombre y escribir la fecha en el Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios para que se realicen los trámites solicitados.

Condiciones de la Inscripción

Reconocimientos y Aceptaciones del Solicitante

En nombre de los dependientes cuyos nombres figuran al dorso y en el mío propio, yo estoy de acuerdo con lo citado a continuación:

1. Yo reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura es provista por las siguientes empresas (para la cuales se emplea el nombre "Aetna" colectivamente):
 - HMO: Aetna Health of Illinois Inc.
 - QPOS/Aetna Choice POS/USAccess: Aetna Health of Illinois Inc., Corporate Health Insurance Company, Aetna Health Insurance Company of New York, y/o Aetna Health Insurance Company of Connecticut.
2. Yo autorizo se deduzcan de mi sueldo las sumas fijadas para las contribuciones requeridas para la cobertura y accedo a hacer los pagos necesarios según sean requeridos para la cobertura.
3. Yo entiendo y estoy de acuerdo que este Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios sea transferido a Aetna o a sus agentes por mi empleador o su agente. Yo autorizo a cualquier médico, a otro profesional dedicado a la atención de la salud, a un hospital y a cualquier organización dedicada a la atención de la salud (“Proveedores”) que proporcionen a Aetna o a su agente información sobre el historial médico, los servicios o tratamientos prestados a cualquier persona cuyo nombre figura en este Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios, inclusive aquellos relacionados con la salud mental, abuso de substancias y VIH/SIDA (HIV/AIDS). Además, autorizo que Aetna use dicha información y que revele dicha información a sus socios, Proveedores, pagadores, otros aseguradores, agencias de administración, vendedores, asesores y a las autoridades del gobierno bajo la jurisdicción cuando sea necesario para mi atención o tratamiento médico, para pagar los servicios, para las actividades relacionadas con mi plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Mi cónyuge, los dependientes adultos y yo hemos discutido los términos de esta autorización y he obtenido el consentimiento de ellos en cuanto a dichos términos. Entiendo que esta autorización es provista bajo la ley estatal y que no es una “autorización” para los propósitos del acta federal “Health Insurance Portability and Accountability Act”. Esta autorización permanecerá en vigor durante el período de validez de la cobertura y por un período adicional después de que la misma haya expirado de conformidad con lo permitido por la ley. Entiendo que yo tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, a petición mía y aceptaré una copia fotostática de ella, que es tan válida como la original.
4. Los documentos del plan en Inglés (Schedule of Benefits, Group Agreement, Certificate of Coverage, Group Policy, Group Insurance Certificate) determinarán los derechos y responsabilidades de los miembros y los términos de dichos documentos gobernarán en caso de que hayan discrepancias entre dichos documentos y cualquier comparación de beneficios, resumen u otro documento por medio del cual se describe el plan. Cualquier discrepancia entre este formulario y los documentos del plan se resolverá de conformidad con los términos que sean los más favorables para el miembro.
5. Yo autorizo que se sustituyan los productos farmacéuticos de marca por los productos farmacéuticos genéricos, conforme a lo dispuesto por la ley, para las recetas rellanadas bajo cualquier beneficio de farmacia.
6. Yo entiendo y reconozco que con excepción de Aetna Rx Home Delivery, todos los proveedores y vendedores participantes son contratistas independientes y no son ni agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC, es una sucursal de Aetna Inc. No se podrá garantizar que un proveedor en particular esté disponible y el componimiento de la red está sujeto a cambios. La notificación de cualquier cambio se porporcionará de conformidad con la ley estatal aplicable.
7. Yo entiendo y reconozco que, con ciertas excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO solamente proveen cobertura por beneficios referidos, y que, para estar cubiertos, los servicios tienen que ser prestados ya sea por un médico de atención primaria participante o un proveedor de atención de la salud de la mujer participante, o por el especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante que haya sido autorizado por medio de una referencia proporcionada por un médico de atención primaria participante o por un médico de atención de la salud de la mujer participante.

Representaciones falsas

Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un informe relacionado con una reclamación 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 a dicha persona se le impondrán multas fijadas por las leyes de derecho penal y civil.