



Solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de Texas

Número de seguro social

INSTRUCCIONES: Usted, el empleado, debe completar esta solicitud de inscripción en su totalidad, de lo contrario se le devolverá, lo que retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. **Si renuncia a la cobertura, por favor complete las Secciones B y G.**

Nombre del empleador	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Inscripción tardía <input type="checkbox"/> Cambio de cobertura <input type="checkbox"/> Terminación del empleado	Continuación COBRA/Estatutal para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente
Fecha de vigencia	<input type="checkbox"/> Recontratación/ Reactivación <input type="checkbox"/> Otra _____	Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra _____
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo dependiente <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	Fecha original del hecho que proporciona elegibilidad _____ Motivo _____

A. Selección de la cobertura - Por favor, completar con letra legible y tinta negra. (Las secciones sombreadas son para uso exclusivo del empleador/Aetna)

1. Médica - Marcar una. <input type="checkbox"/> Plan QPOS de Aetna - Plan _____ <input type="checkbox"/> Plan PPO de Aetna - Plan _____ <input type="checkbox"/> Plan OA POS de Aetna - Plan _____ <input type="checkbox"/> Plan Aetna Indemnity <input type="checkbox"/> Plan OA MC de Aetna - Plan _____ <input type="checkbox"/> Plan con cobertura dental, seguro de vida e incapacidad _____	2. Dental - Marcar una. <input type="checkbox"/> Opción 1 <input type="checkbox"/> Opción 2 <input type="checkbox"/> Opción 3: ___ DMO o ___ PDN <input type="checkbox"/> Opción 4 <input type="checkbox"/> Opción 5 <input type="checkbox"/> Opción 6 <input type="checkbox"/> Otra _____ Antes de hoy, ¿contaba usted con una cobertura bajo este plan dental de empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. Seguro de Vida e Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico / AD&D Ultra™ <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente <input type="checkbox"/> Plan con seguro de vida e incapacidad Designación del beneficiario - Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido) Número de seguro social del beneficiario _____ Relación con el empleado beneficiario _____
---	---	--

B. Datos del empleado - Debe ser completado por el empleado.

Número de identificación del miembro de Aetna (si está disponible)	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Cargo que ocupa	Teléfono de residencia
Dirección de residencia	Apto. N°	Ciudad, Estado	Código Postal
Dirección del trabajo	Ciudad, Estado	Código Postal	Teléfono del trabajo
Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Número de horas trabajadas por semana	Marcar uno <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) Número de dependientes incluyendo cónyuge _____
Primer idioma del suscriptor (que no sea el inglés) Subscriber Primary Language (other than English) ¿Cuál es su primer idioma? What is your primary Language? _____	Incapacidad del suscriptor ¿Tiene una incapacidad que afecte su capacidad de comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", por favor indique la naturaleza de su incapacidad. _____		

C. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. De ser necesario, inserte hojas adicionales.

(Agregar / Cambiar / Retirar)	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Incapacitado	Cobertura elegida	Otra cobertura médica	Otra cobertura dental	Edad del estudiante 19 años o mayor (solo para Seguro de vida/AD&D)	Número de identificación del consultorio médico (Si corresponde)	Paciente actual	Número de identificación del consultorio dental (Si corresponde)	Paciente actual
Empleado	1.			/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge	2.			/ /			<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo(a)	3.			/ /			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo(a)	4.			/ /			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

D. Raza/Grupo étnico - Opcional (Esta información tiene la finalidad de recolectar datos y no será utilizada para determinar la elegibilidad, clasificación o el pago de reclamos.)

Empleado 1. <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 _____	Hijo(a) 3. <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 _____
Cónyuge 2. <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 _____	Hijo(a) 4. <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 _____

E. Otro seguro

Si marcó "Sí" en la casilla Otra Cobertura **Médica** (Sección C), proporcione el nombre y el número de póliza de la compañía aseguradora, HMO u otra fuente, una copia de la tarjeta de seguro y la fecha de inicio de la cobertura.

Si marcó "Sí" en la casilla Otra Cobertura **Dental** (Sección C), proporcione el nombre y el número de póliza de la compañía aseguradora, HMO u otra fuente, una copia de la tarjeta de seguro y la fecha de inicio de la cobertura.

¿Su cónyuge tiene empleo? Sí No Si marca "Sí", escriba el nombre y la dirección del empleador de su cónyuge. _____

continúa en la próxima página

Antes de enviarle a su empleador esta solicitud diligenciada, usted puede proteger la confidencialidad de su información de salud colocando cinta o grapando la solicitud de manera que las páginas 2 y 3 no sean visibles.

Número de seguro social

E. Otro seguro (continuación)

PRUEBA DE COBERTURA PREVIA - IMPORTANTE (Obligatorio)
¿Alguna de las personas que se están inscribiendo en esta solicitud tiene cobertura previa? Médica: [] Sí [] No Dental: [] Sí [] No
Si respondió "Sí", proporcione nombres de los solicitantes, fechas de inicio y terminación de la cobertura previa.

Las formas de prueba aceptables son:
1. Certificado de cobertura comprobable de su aseguradora anterior,
2. Copia de su tarjeta de identificación (ID) o del recibo de sueldo más reciente que muestre la deducción de su cobertura médica o,
3. Copia de la factura de la prima médica más reciente de su aseguradora anterior.
No proporcionar la Prueba de Cobertura Previa puede causar que usted o un miembro de su familia quede sujeto a la limitación de condiciones preexistentes sin comprobación de cobertura previa si se inscribe en un plan que no sea de HMO. Puede conseguir un Certificado de Cobertura Comprobable de su aseguradora anterior.

Se debe incluir la prueba de cobertura con esta solicitud para la comprobación de condiciones preexistentes si se inscribe en un plan que no sea de HMO.

F. Datos de los dependientes

¿Alguno de los dependientes de la Sección C vive en otro domicilio? [] Sí [] No
Si respondió "Sí", ¿quién es y cuál es su dirección?

Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.

G. Declinación/Renuncia de cobertura - Debe completarse si un empleado elegible o los miembros elegibles de su familia rechazan o rehúsan la cobertura médica y/o dental.

1. Se rechaza la cobertura médica para:
[] Empleado [] Cónyuge [] Dependientes

2. Se rechaza la cobertura dental para:
[] Empleado [] Cónyuge [] Dependientes

Motivos por los que se rechaza la cobertura (si correspondiera, adjunte frente y dorso de su tarjeta de identificación de cobertura médica):

- [] Estar cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge - Nombre de la aseguradora y número de identificación:
[] Estar inscrito en los planes de otra compañía aseguradora - Nombre de la aseguradora y número de identificación:
[] Cónyuge está cubierto por la cobertura médica de grupo del empleador
[] Cónyuge está cubierto por la cobertura dental de grupo del empleador
[] Medicare [] Cubierto por TRICARE o CHAMPVA [] Otro (explique):

Entiendo que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, decido no inscribirme. Al rehusar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que yo y/o mis dependientes tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo. Con la inscripción en un plan que no sea de HMO, las condiciones preexistentes pueden no contar con cobertura durante doce meses.

Firma del empleado SÓLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o dependiente(s).

Fecha (Mes/Día/Año)

X

H. Cuestionario de salud para empresas que se inscriben con 2 - 50 empleados elegibles

Antecedentes médicos de los empleados y sus dependientes. La siguiente información es confidencial y no se mostrará ni entregará a su empleador.

- TODAS las preguntas deben ser respondidas por usted y por sus dependientes o la solicitud le será devuelta.
Las solicitudes incompletas pueden retrasar la fecha de vigencia de su cobertura.

En los últimos cinco (5) años, usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes:

Sí No

- ¿Ha tenido que visitar un médico, recibir tratamiento, recibir recomendación de tratamiento o ha sido hospitalizado por alguna de las siguientes condiciones? Enfermedades cardiovasculares o ataque cardíaco; presión sanguínea alta, ataque cerebral; trastorno en los riñones, estómago, intestinos o hígado; hepatitis; trastornos musculoesqueléticos; trastornos mentales o nerviosos; trastorno del sistema nervioso central; trasplantes; diabetes; cualquier trastorno pulmonar o del sistema respiratorio; o cáncer.
¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha tenido o ha sido informada por un médico de que tiene un trastorno de inmunodeficiencia, SIDA o complejo asociado al SIDA?
¿Usted o alguno de los dependientes que solicitan cobertura ha visitado a un profesional médico por cualquier enfermedad y/o condición médica que haya causado gastos médicos por más de \$5,000 en los últimos 24 meses?
¿Usted o alguno de los dependientes que solicitan cobertura ha sido informado en los últimos 12 meses que la hospitalización, la cirugía o el tratamiento son necesarios o están pendientes?
a. ¿Está embarazada alguna de las mujeres que estará bajo la cobertura?
b. Si es hombre y está nombrado en esta solicitud, ¿hay alguna mujer esperando un hijo suyo, aunque la madre no esté nombrada en esta solicitud?
¿Alguno de los nombrados en esta solicitud consume productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipas, cigarros puros o tabaco para mascar?
¿Alguno de los solicitantes ha tomado medicamentos recetados durante los últimos 6 meses? Si respondió "Sí", enumérelos en la página siguiente.

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN ANTERIOR, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN I.

Si agregó hojas adicionales, marque aquí [] e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

Número de seguro social

I. Cuestionario de salud – Detalles para las respuestas afirmativas de la sección H.

SI RESPONDIÓ “SÍ” A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN H, DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE.

Por favor proporcione DATOS COMPLETOS por cada respuesta afirmativa de cualquier condición marcada en la página 2. **Además**, proporcione a continuación los detalles de la última visita al médico y/o último examen médico de **TODOS** los miembros de la familia nombrados, sin importar la fecha o el motivo. *(De ser necesario, inserte hojas adicionales.)*

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____ Aún está en tratamiento: Sí No
Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____ Dosificación: _____
Tratamiento administrado: _____

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____ Aún está en tratamiento: Sí No
Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____ Dosificación: _____
Tratamiento administrado: _____

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____ Aún está en tratamiento: Sí No
Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____ Dosificación: _____
Tratamiento administrado: _____

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____ Aún está en tratamiento: Sí No
Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____ Dosificación: _____
Tratamiento administrado: _____

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____ Aún está en tratamiento: Sí No
Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____ Dosificación: _____
Tratamiento administrado: _____

Si agregó hojas adicionales, marque aquí e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

Condiciones de inscripción

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en el reverso, estoy de acuerdo en o con lo siguiente:

1. Reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será proporcionada por las siguientes entidades (denominadas en forma colectiva como "Aetna"):
 - Plan HMO de Aetna: Aetna Health Inc.
 - Planes Quality Point-of-Service/Point-of-Service de Aetna: Aetna Health Inc. (dentro de la red) y Corporate Health Insurance Company (fuera de la red)
 - Plan Dental DMO de Aetna: Aetna Dental Inc.
 - Coberturas de seguro de vida, incapacidad, dental y todas las demás coberturas de salud: Aetna Life Insurance Company
2. Entiendo y estoy de acuerdo en que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y, que no habrá cobertura a menos que tanto la solicitud del empleado elegible como la del empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Aetna. Incluso si esta solicitud fuese aprobada, toda inexactitud intencional u omisión de hechos importantes podría ocasionar la denegación de reclamos posteriores.

Para las coberturas de seguro de vida e incapacidad: Entiendo que la fecha de vigencia del seguro para mí o para cualquiera de mis dependientes está sujeta a que yo sea trabajador activo en dicha fecha y que la fecha de vigencia del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos del estado de salud de los dependientes correspondientes al plan de beneficios. Además, entiendo que ningún seguro sujeto a la evidencia de buena salud o de la información médica entrará en vigor hasta que Aetna otorgue su consentimiento por escrito.
3. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud puede transmitirse a Aetna o a su agente por parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, profesional del cuidado de la salud, hospital u organización para el cuidado de la salud ("Proveedores") proporcione a Aetna o a su agente información concerniente a la historia médica, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud, incluso la información sobre la salud mental y abuso de sustancias. Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías aseguradoras, administradores de terceros, proveedores de insumos, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan médico o para realizar actividades relacionadas. He analizado los términos de esta autorización con mi cónyuge y con mis dependientes adultos competentes y he obtenido su consentimiento sobre dichos términos. Esta autorización conservará su validez durante el tiempo de la cobertura y, posteriormente, por el tiempo que permita la ley. 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. Los documentos del plan determinarán los derechos y las responsabilidades del/de los miembro(s) y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
5. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery, todos los prestadores y proveedores participantes son contratistas independientes, y no son empleados ni agentes de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC es una subsidiaria de Aetna Inc. No se podrá garantizar la disponibilidad de un proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. La notificación de los cambios se proporcionará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
6. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con algunas de las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes de HMO y DMO ofrecen solamente cobertura para los beneficios ya referidos y que, para estar cubierto, los servicios deben ser prestados por un médico de cuidado primario, o un dentista de cuidado primario participantes o por el especialista participante, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante, conforme a lo autorizado por la remisión médica del médico de cuidado primario participante en la red.
7. Entiendo y estoy de acuerdo en que, según se indica en los documentos del plan y al inscribirme para cobertura médica en un plan que no sea un HMO, cualquier condición preexistente de mi cónyuge, dependientes o mía podrá no contar con cobertura durante 12 meses.

Declaraciones falsas

8. Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía aseguradora con fines de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Además, la compañía aseguradora podrá denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada directamente con el reclamo.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa. He leído y estoy de acuerdo con las Condiciones de Inscripción y con las Declaraciones Falsas en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de Texas. Entiendo que, en caso de no firmar esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a esta solicitud de transacción, o que por cualquier motivo, Aetna no recibiera notificación de esta solicitud de transacción dentro de un periodo de tiempo razonable, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada. Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo, generalmente 30 horas semanales, para este empleador en el lugar usual de trabajo. Si usted tiene preguntas sobre los beneficios y servicios proporcionados o excluidos bajo este Acuerdo, contáctese con un representante del Servicio a Miembros al 1-800-323-9930 antes de firmar esta solicitud.

<i>Firma del empleado</i> X	<i>Firma del cónyuge</i> X	<i>Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)</i>	<i>Fecha (Mes/Día/Año)</i>
<i>Firma del empleador</i> X			<i>Fecha (Mes/Día/Año)</i>