



AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

151 Farmington Avenue

Hartford, CT 06156

AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY OF NEW YORK

151 Farmington Avenue

Hartford, CT 06156

Forma de inscripción/cambio en las coberturas médica, dental y de la vista para empleados de pequeñas empresas de Nueva York

INSTRUCCIONES: Usted, el empleado, debe completar esta forma de solicitud de inscripción en su totalidad. De lo contrario, le será devuelta y se retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. **Si quiere rechazar la cobertura, debe completar la sección E. Use solo tinta negra para completar esta forma.**

N.º de identificación de miembro de Aetna (si está disponible)

Nombre de la compañía			
Fecha de entrada en vigor	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación/reactivación <input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge <input type="checkbox"/> Agregar pareja doméstica <input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente	<input type="checkbox"/> Finalización del empleado <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge <input type="checkbox"/> Retirar pareja doméstica
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Inscripción tardía <input type="checkbox"/> Exención <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura	<input type="checkbox"/> Cambiar cobertura <input type="checkbox"/> Cambiar nombre	<input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Continuación para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente			
Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 36 meses <input type="checkbox"/> Otra _____			
Hecho condicionante _____ Fecha original del hecho condicionante _____ Fecha de pérdida de la cobertura _____			

A. Información del empleado. *Usted debe completar esta sección.*

N.º de Seguro Social	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		Cargo		
Dirección particular		N.º de apto.	Ciudad, estado	Código postal	
Dirección laboral		Ciudad, estado		Código postal	
Teléfono particular () -	Teléfono laboral () -	Idioma primario (opcional)	Cantidad de dependientes que se inscriben en la cobertura médica (incluido el cónyuge o la pareja doméstica)		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado legalmente		Cantidad de horas que trabaja por semana	Marcar una opción <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> COBRA		

B. Selección de la cobertura (Las casillas superiores son solo para uso del empleador y Aetna).

N.º de control/grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan	Código de clase
1. Cobertura médica				
<input type="checkbox"/> Opción de plan Signature Open Access Elect Choice® (OAEPO) _____				
<input type="checkbox"/> Opción de plan Open Access Elect Choice® (OAEPO) _____				
<input type="checkbox"/> Opción de plan Open Access Elect Choice® (OAEPO) compatible con HSA (por año calendario) _____				
<input type="checkbox"/> Opción de plan Open Access Elect Choice® (OAEPO) compatible con HSA (por año del plan) _____				
<input type="checkbox"/> Opción de plan Savings Plus Open Access Elect Choice® (OAEPO) _____				
<input type="checkbox"/> Opción de plan Savings Plus Open Access Elect Choice® (OAEPO) compatible con HSA _____				
<input type="checkbox"/> Otro. Opción de plan _____				
Aetna Health Insurance Company of New York asegura los planes EPO de Signature. Aetna Life Insurance Company asegura todos los demás planes EPO de Aetna.				

N.º de control/grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
2. Cobertura dental			
Planes no voluntarios: Opción _____ FOC: <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO			
Planes voluntarios: Opción _____ FOC: <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO			
Antes de hoy, ¿tenía cobertura con este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Se puede tener en cuenta la cobertura acreditable en el caso de nuevos miembros que se inscriben en grupos de traspaso voluntario. Los empleados recién contratados deben marcar lo siguiente, si corresponde:			
Empleados recién contratados que seleccionan un plan voluntario y cuyo plan de Aetna es un grupo de traspaso: En los últimos 90 días, ¿contó con un plan dental que incluyera cobertura básica y preventiva durante 12 meses? Se excluyen los planes de descuento para cuidado dental y aquellos que cubren solo el cuidado preventivo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Los empleados en AZ, CA, GA, MA, MD, MO, NC, NJ y TX deben vivir o trabajar dentro del área de servicio de DMO® aprobada para poder inscribirse en el plan DMO®.			
Aetna Life Insurance Company asegura los planes dentales de Aetna.			

N.º de control/grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
3. Cobertura de la vista Si corresponde, marque una casilla.			
Aetna Vision SM Preferred <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Aetna Life Insurance Company asegura los planes de la vista de Aetna. First American Administrators, Inc. brinda algunos servicios de administración de reclamos. EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed") brinda algunos servicios de administración de la red.			

C. Personas cubiertas. Enumere las personas a quienes quiere inscribir, agregar, cambiar o retirar en lo que respecta a la cobertura. Agregue más hojas si es necesario. NOTA PARA LA COBERTURA MÉDICA: Si bien la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) exige cobertura para hijos dependientes de hasta 26 años de edad, es posible que su plan le brinde cobertura para hijos mayores de 26 años. Consulte los documentos del plan o comuníquese con el administrador de beneficios.

1	Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F/No binario)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /
Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista		N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
N.º de identificación del consultorio médico (si corresponde)		Nombre y apellido del médico	N.º de identificación del proveedor (si corresponde)
Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>			
2	Nombre del cónyuge o pareja doméstica (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F/No binario)	N.º de Seguro Social
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /			
Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista		N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
N.º de identificación del consultorio médico (si corresponde)		Nombre y apellido del médico	N.º de identificación del proveedor (si corresponde)
Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>			

Continúa en la página siguiente.

C. Personas cubiertas (continuación)

3	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F/No binario)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	Fuera del área Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Discapacitado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	N.º de identificación del consultorio médico (si corresponde)	Nombre y apellido del médico	N.º de identificación del proveedor (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	
4	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F/No binario)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	Fuera del área Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Discapacitado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	N.º de identificación del consultorio médico (si corresponde)	Nombre y apellido del médico	N.º de identificación del proveedor (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	
5	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F/No binario)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	Fuera del área Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Discapacitado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	N.º de identificación del consultorio médico (si corresponde)	Nombre y apellido del médico	N.º de identificación del proveedor (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	
6	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F/No binario)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	Fuera del área Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	Discapacitado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	N.º de identificación del consultorio médico (si corresponde)	Nombre y apellido del médico	N.º de identificación del proveedor (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>	

D. Información de los dependientes

Enumere cualquier dependiente de la sección C que viva en otro domicilio.	
Nombre	Dirección

E. Rechazo de la cobertura. Debe completarse si un empleado o los miembros de su familia que cumplen con los requisitos rechazan o rehúsan la cobertura.

Comprendo que cumpla con los requisitos para solicitar esta cobertura a través de mi empleador. Sin embargo, rechazo la cobertura que marco a continuación.

<input type="checkbox"/> Empleado: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	Motivos por los que se rechaza la cobertura <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo del cónyuge o pareja doméstica <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo de los padres <input type="checkbox"/> Cobertura según COBRA <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura para jubilados <input type="checkbox"/> Otro plan de grupo brindado por mi empleador	<input type="checkbox"/> Seguro por medio de otro trabajo <input type="checkbox"/> Cobertura individual (a través del Mercado de Seguros Médicos) <input type="checkbox"/> Cobertura individual (por fuera del Mercado de Seguros Médicos) <input type="checkbox"/> Cobertura militar TRICARE <input type="checkbox"/> Cobertura de VA <input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura <input type="checkbox"/> No quiero cobertura <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja doméstica: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista		
<input type="checkbox"/> Hijos: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista		

Reconozco que se me ha dado el derecho a solicitar esta cobertura. Sin embargo, elijo no inscribirme. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que yo o mis dependientes tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo.

Firma del empleado SOLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o los dependientes.	Fecha (día/mes/año)
X Firma del empleado:	
Nombre del empleado EN LETRA DE IMPRENTA:	

F. Coordinación de beneficios

¿Tendrá otro seguro de salud al mismo tiempo que esta cobertura? Sí No

Si respondió que sí, ¿la cobertura de Aetna que solicita reemplazará la cobertura que tiene ahora? Sí No

Nombre de la persona	Compañía de seguros	Nombre de la persona	Compañía de seguros

Condiciones de inscripción

Entiendo que las siguientes entidades legales aseguran los planes que solicito:

- Aetna Health Insurance Company of New York asegura los planes EPO de Aetna Signature.
- Aetna Life Insurance Company asegura todos los demás planes EPO de Aetna y los planes dentales y de la vista que ofrece Aetna.

1. La solicitud de mi empleador determina la cobertura. No tendré cobertura hasta que Aetna apruebe mi forma de inscripción y la solicitud del empleador. Aunque Aetna apruebe la solicitud del empleador, cualquier declaración falsa u omisión puede ocasionar la denegación de reclamos posteriores. Además, Aetna puede rescindir o reevaluar mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de entrada en vigor, a fin de determinar si cumpla con los requisitos y los criterios de clasificación. Si Aetna anula o rescinde la cobertura, es posible que tenga derecho a un reembolso de primas pagas a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Aetna dará un aviso por escrito con, por lo menos, 30 días de antelación a cualquier persona cubierta afectada por la rescisión propuesta. Si escojo recibir notificaciones electrónicas, recibiré dicho aviso en formato electrónico (correo electrónico).
2. Para respaldar las coberturas enumeradas en esta forma de inscripción, es posible que Aetna necesite información sobre la historia clínica, o los servicios o tratamientos médicos brindados a cualquiera de las personas mencionadas en esta forma, sin incluir las notas sobre psicoterapia y los registros sobre el consumo de drogas o alcohol. Autorizo que las siguientes entidades brinden esta información a Aetna o a sus agentes:
 - Médicos.
 - Otros profesionales del cuidado de la salud.
 - Hospitales.
 - Otras organizaciones de cuidado de salud ("proveedores"), que incluyen:
 - Farmacias.
 - Administradores de la base de datos de beneficios de farmacia.
3. Conforme a las regulaciones de la HIPAA, autorizo a Aetna a usar y divulgar la mínima información necesaria mencionada que se relaciona con lo siguiente:
 - Mi cuidado o tratamiento.
 - Pago de servicios.
 - Operaciones de mi plan de salud.
 - Actividades relacionadas para apoyo de mi salud.

La divulgación de esta información se limita a los siguientes:

 - Filiales (grupo de compañías que forman parte de CVS Health, que incluyen a CVS Pharmacy, CVS Caremark Mail Service Pharmacy, MinuteClinic y CVS Specialty Infusion Services).
 - Proveedores.
 - Consultores.
 - Otras compañías de seguros.
 - Administradores de terceros.
 - Prestadores.
 - Autoridades gubernamentales con jurisdicción.

Continúa en la página siguiente.

Condiciones de inscripción (continuación)

4. He analizado los términos de esta autorización con mis dependientes adultos competentes y he obtenido su consentimiento sobre dichos términos. Esta autorización es válida durante 24 meses a partir de la fecha de la firma. Esta autorización es de carácter voluntario. No obstante, si me niego a firmar esta forma, quizá no pueda inscribirme en el plan. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Aetna. No puedo revocar la autorización de aquella información que ya haya sido utilizada o divulgada. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicite. Una fotocopia tiene la misma validez que el original.
 - El *Contrato de grupo* o la *Póliza de grupo* determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con lo siguiente:
 - Comparación de beneficios.
 - Resumen.
 - Otra descripción del plan.
 - Entiendo y acepto que, con excepción del grupo de compañías que forman parte de CVS Health (que incluyen a CVS Pharmacy, CVS Caremark Mail Service Pharmacy, MinuteClinic y CVS Specialty Infusion Services), todos los proveedores y prestadores participantes son contratistas independientes, y no son agentes ni empleados de Aetna ni sus filiales. No podemos garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular fuera de nuestro grupo de compañías y los proveedores de nuestra red pueden cambiar. Tampoco garantizamos los resultados de ningún servicio de cuidado de salud o dental. La notificación de los cambios se brindará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
5. Entiendo que, con ciertas excepciones descritas en los documentos del plan, a través de los planes HMO y DMO® solo se brinda cobertura de beneficios dentro de la red. En los documentos del plan, también se describe si necesito remisión para ciertos procedimientos y quiénes brindan el cuidado. Los servicios cubiertos deben ser prestados por los siguientes:
 - Médicos de cuidado primario participantes.
 - Dentistas de cuidado primario participantes.
 - Especialistas participantes.
 - Hospitales participantes.
 - Farmacias participantes.
 - Dentistas participantes.
 - Otros proveedores participantes autorizados conforme a la remisión de un médico de cuidado primario participante.
6. Autorizo el reemplazo de productos de marca por medicamentos genéricos, conforme a la ley, para las recetas abastecidas según los beneficios de farmacia.

Declaro que toda la información provista en esta forma es verdadera y completa a mi leal saber y entender. He leído y acepto lo estipulado en las secciones "Condiciones de inscripción" y "Declaraciones falsas" de esta forma de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de Nueva York.

Entiendo que, en caso de no firmar esta forma dentro del plazo de 31 días, mi inscripción será considerada tardía y la fecha de entrada en vigor de mi cobertura y la de mis dependientes podría verse afectada.

Soy empleado del empleador que figura en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo, por lo menos, 20 horas semanales para este empleador en el lugar habitual de trabajo. Autorizo que se realicen deducciones de mis ingresos para las contribuciones requeridas para la cobertura y acepto realizar todos los pagos necesarios y requeridos para dicha cobertura.

Para recibir los documentos de manera electrónica, ingrese en su cuenta segura para miembros, en <http://www.aetna.com>.

Declaraciones falsas: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

<i>Firme aquí SOLO en caso de solicitar cobertura para usted o sus dependientes.</i> <i>Firma del empleado</i> X	<i>Correo electrónico del empleado</i>	<i>Fecha (día/mes/año)</i>
<i>Firma del cónyuge o pareja doméstica</i> X		<i>Fecha (día/mes/año)</i>
<i>Firma del hijo dependiente mayor de edad</i> X		<i>Fecha (día/mes/año)</i>
<i>Firma del hijo dependiente mayor de edad</i> X		<i>Fecha (día/mes/año)</i>
<i>Firma del hijo dependiente mayor de edad</i> X		<i>Fecha (día/mes/año)</i>
<i>Firma del hijo dependiente mayor de edad</i> X		<i>Fecha (día/mes/año)</i>

Esta forma se adjunta a la póliza de grupo y forma parte de esta.