

NOTA: 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.



Solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de Michigan (2 a 50 empleados elegibles)

Número de seguro social _____

Nombre del empleador _____ **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 E.**

Fecha de vigencia	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación/Reactivación	<input type="checkbox"/> Cambio de cobertura <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo(a) dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Terminación del empleado <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijo(a) dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura	Continúa COBRA/Estatal para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otro _____ Fecha original del hecho que proporciona elegibilidad _____ Motivo _____
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo <input type="checkbox"/> Inscripción tardía <input type="checkbox"/> Otro _____			

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

Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Class Code	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.
1. Médica - Marcar una. MI PPO: <input type="checkbox"/> Plan 1.1 <input type="checkbox"/> Plan 2.1 <input type="checkbox"/> Plan 3.1 <input type="checkbox"/> Plan 4.1 <input type="checkbox"/> Plan 5.1 <input type="checkbox"/> Plan 6.1 <input type="checkbox"/> Plan 7.1 <input type="checkbox"/> Plan 8.1 <input type="checkbox"/> Plan 9.1 MI PPO Copago dividido: <input type="checkbox"/> Plan 1.1 <input type="checkbox"/> Plan 2.1 <input type="checkbox"/> Plan 3.1 <input type="checkbox"/> Plan 4.1 <input type="checkbox"/> Plan 5.1 <input type="checkbox"/> Plan 6.1 MI PPO Compatible con HSA: <input type="checkbox"/> Plan 1.1 <input type="checkbox"/> Plan 2.1 <input type="checkbox"/> Plan 3.1 <input type="checkbox"/> Plan 4.1 MI PPO Dirigido por el consumidor: <input type="checkbox"/> Plan 1.1 <input type="checkbox"/> Plan 2.1 <input type="checkbox"/> Plan 3.1 <input type="checkbox"/> Plan 4.1 MI PPO Básico de hospital: <input type="checkbox"/> Plan 1.1 MI Indemnity: <input type="checkbox"/> Plan 1.1 <input type="checkbox"/> Otro plan _____ <input type="checkbox"/> Fuera del estado					2. Dental - Marcar una. Planes estándar: <input type="checkbox"/> Opción 1: DMO <input type="checkbox"/> Opción 2: Freedom of Choice: <input type="checkbox"/> DMO o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Opción 3: Freedom of Choice: <input type="checkbox"/> DMO o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Opción 4: PPO Max <input type="checkbox"/> Opción 5: Active PPO <input type="checkbox"/> Opción 6: PPO 1500 <input type="checkbox"/> Fuera del estado Planes voluntarios: <input type="checkbox"/> Opción 1: DMO <input type="checkbox"/> Opción 2: Freedom of Choice: <input type="checkbox"/> DMO o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Opción 3: PPO Max <input type="checkbox"/> Fuera del estado Antes de hoy, ¿tenía usted cobertura con este plan dental del 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"/> Seguro de incapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Plan paquete de seguro de vida e incapacidad Designación del beneficiario - Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido) _____ Número de seguro social del beneficiario _____ Relación que tiene con el empleado _____		

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	Primer idioma (opcional)
Dirección de residencia	Apto. N°	Ciudad, Estado	Código postal	
Dirección del trabajo	Ciudad, Estado	Código postal	Teléfono del trabajo	
Sueldo \$	N° de horas trabajadas por semana	Marcar uno <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal	N° de dependientes incluyendo cónyuge	

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

1. Nombre del empleado (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) legalmente	Cobertura elegida <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida/Inc.	Número de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
2. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado civil	<input type="checkbox"/> Diferente apellido	Cobertura elegida <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
3. Nombre del/de la hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado civil	<input type="checkbox"/> Diferente apellido <input type="checkbox"/> Vive en otro domicilio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (19+) <input type="checkbox"/> Incapacitado (+19)	Cobertura elegida <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
4. Nombre del/de la hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Sexo (M/F)	Número de seguro social	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado civil	<input type="checkbox"/> Diferente apellido <input type="checkbox"/> Vive en otro domicilio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (19+) <input type="checkbox"/> Incapacitado (+19)	Cobertura elegida <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Número de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

D. Información sobre dependientes

Enumere cualquier dependiente de la Sección C que viva en otro domicilio.	Nombre:	Motivo:	Domicilio:
Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.	Nombre:	Motivo:	
Si tiene 19 años de edad o más y es estudiante de tiempo completo, proporcione la siguiente información:			
Nombre del/de la hijo(a)	Nombre de la escuela	Fecha esperada de graduación	Número de horas crédito

E. Rechazo/Renuncia de cobertura - Marque todo lo que corresponda.

Entiendo que soy elegible para solicitar esta cobertura a través de mi empleador; sin embargo, renuncio a la cobertura como se especifica a continuación.

<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Incapacidad	Motivos por los que se rechaza la cobertura: <input type="checkbox"/> Estar cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge - Nombre de la compañía de seguros y número de identificación: _____ <input type="checkbox"/> Estar inscrito en otro seguro (marque el casillero correspondiente): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro _____ Nombre de la compañía de seguros y número de identificación: _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge está cubierto por la cobertura de grupo del empleador <input type="checkbox"/> No quiero
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Vida		
<input type="checkbox"/> Hijo/a(s)	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Vida		

Certifico que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, renuncio a la cobertura como se menciona anteriormente. Al rechazar 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.

Firma del empleado **SÓLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o dependiente(s).** _____ Fecha (Mes/Día/Año) _____

Firma del empleado

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

Empleado	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02	Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02
1.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____	3.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____
Cónyuge	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02	Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02
2.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____	4.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____

G. Información de Medicare

Nombre de la persona	Medicare Parte A	Medicare Parte B	Medicare Parte D	Más de 65 años de edad	Incapacidad	Fecha efectiva de enfermedad renal en etapa terminal
	<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	
	<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	

H. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 2 a 9 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, ¿alguna de las personas nombradas en la solicitud ha visitado un proveedor de atención de salud, ha recibido recomendación de tratamiento o tratamiento, esto incluye medicamentos con receta, o ha sido hospitalizada por alguna de las siguientes condiciones?

	Sí	No
1. Ataque cardíaco, soplo cardíaco, ataque cerebral, dolor en el pecho, presión sanguínea alta, anemia, várices u otros trastornos del corazón, la sangre, los vasos sanguíneos o por tener un alto nivel de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Úlcera, colitis, cálculos biliares o cualquier otro trastorno del estómago, intestinos, recto, páncreas, hígado o hepatitis B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cáncer, quistes o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de cáncer, indique el estadio (<i>si se conoce</i>) _____.		
4. Trastornos en los riñones, glándulas suprarrenales, glándula tiroidea, sistema urinario, órganos masculinos o femeninos, infertilidad, disfunción menstrual o enfermedades de transmisión sexual (excepto SIDA/ARC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otro trastorno pulmonar o del sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Migrañas, periodos de desvanecimientos, epilepsia, trastornos mentales o nerviosos, depresión, parálisis o cualquier otro trastorno del cerebro o del sistema nervioso.		
Si es epiléptico, fecha de la convulsión más reciente: ____/____/____ (mes/día/año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lupus, artritis, problemas lumbares o cualquier otro trastorno de las articulaciones, los músculos o huesos, incluyendo dispositivo protésico o implantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cualquier problema congénito, deformación o defecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha tenido o ha sido informada de que tiene un trastorno de inmunodeficiencia, SIDA o complejo asociado al SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

continúa en la próxima página

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN J EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

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

H. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 2 a 9 empleados elegibles (continuación)

	Sí	No
10. ¿Alguna persona ha sido tratada por alcoholismo o por otra adicción a drogas o sustancias, incluyendo el uso de cualquier otro fármaco ilegal o controlado o se le ha aconsejado que buscara tratamiento para ésta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna persona ha sido diagnosticada con diabetes? En caso afirmativo, anote la fecha del diagnóstico: ____ / ____ / ____ (mes/día/año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dependiente de la insulina <input type="checkbox"/> No dependiente de la insulina		
12. a. ¿Está actualmente embarazada alguna de las mujeres que estará bajo la cobertura? En caso afirmativo, anote la fecha probable de parto: ____ / ____ / ____ (mes/día/año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido alguna complicación hasta el momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Se espera un embarazo múltiple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguno de los solicitantes ha tomado medicamentos recetados durante los últimos 12 meses? En caso afirmativo, enumérelos a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿El resultado de un examen físico ha sido anormal para alguno de los solicitantes o se le ha aconsejado que se someta a una prueba, cirugía o a un tratamiento adicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguno de los solicitantes ha estado internado en una clínica, un hospital, centro quirúrgico, sanatorio u otra instalación médica como paciente ambulatorio o de internación (excluyendo el parto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguno de los nombrados en esta solicitud consume productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipas, cigarros puros o tabaco para mascar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque los casilleros correspondientes: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge		
17. ¿Alguno de los solicitantes ha sido diagnosticado y/o ha sido tratado por condiciones médicas o síntomas no descritos en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN J.

I. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 10 a 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.

	Sí	No
1. En los últimos cinco (5) años, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha consultado a, o ha recibido tratamiento de, un médico, ... psiquiatra, psicólogo u otro profesional, o ha sido diagnosticada con alguna de las siguientes condiciones o trastornos? (Marque todo lo que corresponda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si alguna condición no ha sido detallada, por favor enumérela a continuación en la Sección J.</i>		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parálisis/Paresia	<input type="checkbox"/> Trastorno de la glándula pituitaria/suprarrenal/del crecimiento
<input type="checkbox"/> Infertilidad	<input type="checkbox"/> Tumor/Quiste/Crecimiento	<input type="checkbox"/> Artritis/Trastorno óseo/articular/muscular/Dispositivo protésico
<input type="checkbox"/> Endocrina	<input type="checkbox"/> Sistémica o lupus	<input type="checkbox"/> Mental/Nerviosa/Emocional/Alimenticia
<input type="checkbox"/> Trastorno del páncreas	<input type="checkbox"/> Pulmonar o respiratoria	<input type="checkbox"/> Ataque cerebral/Trastorno cerebral/neurológico/del sistema nervioso central
<input type="checkbox"/> Trastorno del hígado/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Trasplante (recomendado, pendiente o completo)
<input type="checkbox"/> Trastorno del sistema inmunológico	<input type="checkbox"/> Trastorno del riñón/la vejiga/urinario	<input type="checkbox"/> Se le aconsejó someterse a cirugía o se requiere o está pendiente un tratamiento
<input type="checkbox"/> Cáncer o trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> Cardíaca/Circulatoria/Vascular	<input type="checkbox"/> Tuvo reclamos médicos superiores a los \$5,000
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Digestiva/Estomacal/Intestinal	<input type="checkbox"/> Actualmente embarazada – fecha probable de parto: ____ / ____ / ____ (mes/día/año)
<input type="checkbox"/> Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo asociado al SIDA (ARC) o resultado positivo de VIH		
2. ¿A alguna de las personas que solicitan cobertura se le prescribieron medicamentos recetados durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura tiene una enfermedad conocida que requiere tratamiento continuo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Consumen usted o su cónyuge productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipas, cigarros puros o tabaco para mascar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque los casilleros correspondientes: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge		

J. Cuestionario de salud – Detalles para las respuestas afirmativas de las Secciones H o I.

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE LAS SECCIONES H o I, DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE.

Por favor proporcione DATOS COMPLETOS por cada respuesta afirmativa de cualquier condición/condiciones marcada(s) en las Secciones H o I. Además, proporcione a continuación los detalles de la última visita al médico 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 número	Nombre de la persona	Condición/Diagnóstico	Fecha de inicio	Fecha en que terminó el tratamiento	Medicamento recetado	Dosificación	Aún toma el medicamento
							<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
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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 PPO de Aetna: Aetna Life Insurance Company
 - Coberturas de vida, muerte accidental y desmembramiento, incapacidad, dental y todas las demás coberturas: 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 y hasta tanto las solicitudes del empleado elegible y la del empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Aetna. Incluso si esta solicitud fuese aprobada, cualquier inexactitud u omisión puede ocasionar la denegación de reclamos posteriores y la rescisión o reevaluación de la póliza o mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de vigencia con motivo de determinar elegibilidad y clasificación.

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 de inscripción/cambio puede transmitirse a Aetna o a su agente por parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, profesional de la salud, hospital u organización para la atención de salud ("Proveedores"), incluyendo farmacias o administradores de la base de datos de beneficios de farmacia, proporcione a Aetna o a su agente información concerniente a la historia médica, historia de utilización de prescripciones, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud de inscripción/cambio, incluso la información sobre salud mental, abuso de sustancias y VIH/SIDA. Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, proveedores de suministros, 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. Esta autorización conservará su validez durante el plazo 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. Cualquier conflicto directo entre este formulario y los documentos del plan se resolverá de acuerdo con los términos que sean más favorables para el miembro.
5. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery, todos los proveedores médicos y de suministros participantes son contratistas independientes y no son agentes 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. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con algunas de las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes de DMO ofrecen solamente cobertura para los beneficios remitidos 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, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante, conforme a lo autorizado por la remisión del médico de cuidado primario participante.

Declaraciones falsas

7. Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presenta 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, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa. He leído y estoy de acuerdo con las secciones Condiciones de inscripción y Declaraciones falsas en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas (2 a 50 empleados elegibles). Entiendo que, en caso de no firmar esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a la transacción anterior, o si por cualquier motivo Aetna no recibiera notificación de la solicitud de transacción anterior dentro de un período razonable posterior al hecho, 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, al menos 30 horas semanales (o 17.5 horas si el empleador así lo elige), para este empleador en el lugar usual de trabajo.

Firma del empleado X	Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)	Fecha (Mes/Día/Año)
--------------------------------	--	----------------------------