

NOTA: Antes de enviarle a su empleador esta solicitud completa, 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 Georgia (2 a 100 empleados elegibles)

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.**

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

Nombre del empleador				
Fecha de vigencia	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación/reactivación	<input type="checkbox"/> Cambio de cobertura <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente	<input type="checkbox"/> Terminación del empleado <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente	<input type="checkbox"/> Continuación de cobertura COBRA <input type="checkbox"/> Plan estatal para <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo <input type="checkbox"/> Inscripción tardía <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	Duración de la continuación <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra _____ Fecha original del evento calificador

A. Selección de la cobertura – Por favor, completar 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. Cobertura médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Marcar una.</i> <input type="checkbox"/> HMO Open Access – Plan: _____ <input type="checkbox"/> POS Open Access – Plan: _____ <input type="checkbox"/> MC Open Access – Plan: _____ <input type="checkbox"/> PPO – Plan: _____ <input type="checkbox"/> Indemnity – Plan: _____					2. Cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingrese el número y el nombre del plan Planes estándares: N.º del plan: _____ Nombre del plan: _____ Si elige FOC, marque <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO Planes voluntarios N.º del plan: _____ Nombre del plan: _____ Si elige FOC, marque <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO Antes de hoy, ¿tenía usted cobertura con este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					3. Seguro de vida y por incapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De 2 a 50 empleados: <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Plan paquete de seguro de vida y por incapacidad De 51 a 100 empleados: Consulte la solicitud específica para empleados para las coberturas de seguro de vida y por 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.

N.º de seguro social	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Cargo que ocupa	Teléfono de residencia	Primer idioma (opcional)
Dirección de residencia	Apto. N.º	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	N.º de horas trabajadas por semana	Marcar uno <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)	N.º de dependientes incluido el cónyuge/pareja

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

AVISO PARA COBERTURA MÉDICA Y DENTAL: Si bien la Federal Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección del Paciente y Atención Accesible) 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. Existen excepciones. Consulte los documentos del plan o comuníquese con el administrador de beneficios.

(Agregar/Cambiar/Retirar)	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo M/F	N.º de seguro social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Incapacitado	Elección de cobertura	Otra cobertura de salud	Otra cobertura dental	Cobertura dental previa	Estudiante de 19 años de edad o más solamente	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"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida/Inc.	<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"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N/A		<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"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	<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"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	<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			

D. Otro seguro médico

¿Alguna de las personas de 19 años de edad o más que se inscriben en esta solicitud tiene cobertura médica previa o actual? Sí No

Se debe incluir prueba de cobertura con esta solicitud para la comprobación de crédito de enfermedades preexistentes y si el empleado renuncia a la cobertura. Entre las formas aceptables de prueba se incluyen estas:

1. certificado de cobertura comprobable de su compañía de seguros anterior;
2. copia de su tarjeta de identificación (ID) o del recibo de sueldo más reciente que muestre la deducción de su cobertura médica;
3. copia de la factura de la prima médica más reciente de su compañía de seguros anterior.

Si no presenta prueba de cobertura previa, usted o un miembro de su familia (de 19 años de edad o más) puede estar sujeto a la limitación completa de enfermedades preexistentes sin crédito por cobertura previa. Puede solicitar un certificado de cobertura comprobable a su compañía de seguros anterior.

NOTA: Si su plan contiene una estipulación de condiciones preexistentes, la limitación y exclusión de condiciones preexistentes no se aplicará a personas menores de 19 años de edad.

Nombre de la persona cubierta	Compañía de seguros	N.º de grupo	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Salud
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

E. Información de Medicare - Complete los datos sobre las personas con cobertura de Medicare.

Nombre de la persona	Medicare Parte A	Medicare Parte B	Medicare Parte D	Más de 65 años	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					

F. Datos de los dependientes

Enumere cualquier dependiente de la sección C que viva en otro domicilio.	Nombre:	Motivo:	Dirección:
Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.	Nombre:	Motivo:	

PARA EL SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTE: Si tiene 19 años de edad o más y es estudiante de tiempo completo, proporcione la siguiente información:

Nombre del hijo	Nombre de la institución educativa	Fecha esperada de graduación	N.º de horas crédito

G. Rechazo/renuncia de cobertura - Marque todo lo que corresponda.

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

<input type="checkbox"/> Empleado: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida/por incapacidad <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida <input type="checkbox"/> Hijo(s): <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Motivos por los que se rechaza la cobertura: <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo del cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo de los padres <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Cobertura COBRA	<input type="checkbox"/> Cobertura militar TRICARE <input type="checkbox"/> Otro plan de grupo brindado por mi empleador <input type="checkbox"/> Cobertura para jubilados <input type="checkbox"/> No quiero <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	---

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 o mis dependientes tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo. Con la inscripción en este plan, las enfermedades preexistentes pueden no contar con cobertura durante doce meses. **NOTA:** Si su plan contiene una estipulación de condiciones preexistentes, la limitación y exclusión de condiciones preexistentes no se aplicará a personas menores de 19 años de edad.

Firma del empleado **SOLO** en caso de rechazar la cobertura para el empleado o el/los dependiente(s). Fecha (mes/día/año)

Firma del empleado

H. 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 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/hijastro/otro 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/pareja 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/hijastro/otro 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 _____

I. Antecedentes médicos del empleado y de los dependientes - La siguiente información es confidencial y no será enviada ni mostrada 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.

Enumere a todas las personas que se inscriben en la cobertura	Nombre	Sexo	Edad	Altura	Peso	¿Fuma cigarrillos?	¿Toma actualmente medicamentos con receta?
						<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
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Reconocimiento de divulgación (continuación)

Tal como lo exigen las regulaciones del estado de Georgia, el siguiente es un resumen de los acuerdos financieros con los proveedores de atención de salud que participan en la red de Aetna Health Inc.:

1. El pago a los proveedores del hospital se realiza de acuerdo con un contrato que incluye la internación por día, las tarifas por caso y las tarifas con descuento para los arreglos de servicios según los servicios específicos prestados.
2. El pago a los médicos consiste en una tarifa con descuento por servicio conforme a una lista de tarifas específica o en un monto fijo predeterminado por miembro, por mes (capitación).
3. Los servicios de laboratorio se brindan mediante un acuerdo de capitación (una tarifa fija por miembro, por mes).
4. El pago de otros servicios auxiliares, como atención domiciliaria, enfermería especializada y atención en centro para enfermos terminales, se basa en una lista de tarifas contratadas con montos por día o por visita, o en una tarifa fija por miembro, por mes (capitación).

Condiciones de inscripción

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en la página 1, estoy de acuerdo con lo siguiente y lo acepto:

1. Reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será brindada por las siguientes entidades (denominadas en forma colectiva "Aetna"):
 - Planes HMO y la porción dentro de la red de los planes POS de Aetna: Aetna Health Inc.
 - Porción fuera de la red de los planes POS de Aetna: Aetna Health Insurance Company.
 - Coberturas de seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, por incapacidad, dental (excepto DMO®), PPO, Indemnity y todas las demás coberturas: Aetna Life Insurance Company. La cobertura dental DMO® es brindada por Aetna Health Inc.
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 esta solicitud de inscripción y la solicitud del empleador hayan sido aceptadas por Aetna. Incluso si esta solicitud fuese aceptada, cualquier inexactitud u omisión intencional y sustancial puede ocasionar la denegación de reclamos posteriores y la rescisión o reevaluación de mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de vigencia, con motivo de determinar elegibilidad y clasificación.
Coberturas de seguro de vida y por 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. Asimismo entiendo 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 prueba de buena salud o de la información médica entrará en vigor hasta que Aetna otorgue su consentimiento por escrito. En el caso del seguro de vida para dependientes de grupos de 10 a 50 empleados, estos son elegibles desde los 14 días de vida hasta que cumplen los 19 años de edad, o los 23 si son estudiantes de tiempo completo.
3. Entiendo y acepto 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"), como farmacias o administradores de la base de datos de beneficios de farmacia, brinde a Aetna o a su agente información concerniente a la historia clínica, historia de utilización de recetas, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud de inscripción/cambio. Esto incluye la información relacionada con salud mental, abuso de sustancias y VIH/sida. Además, autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, Proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, prestadores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan de salud o actividades relacionadas. He analizado los términos de esta autorización con mi cónyuge/pareja 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.
5. Entiendo y acepto que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery® y Aetna Specialty Pharmacy, LLC, todos los proveedores y prestadores participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC y Aetna Specialty Pharmacy, LLC son subsidiarias 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 cambios. La notificación de los cambios se brindará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
6. Entiendo y acepto que, con algunas de las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO y DMO® ofrecen solamente cobertura para los beneficios remitidos y que, para estar cubiertos, los servicios deben ser prestados por un médico o 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. Es ilegal brindar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente un formulario de inscripción de seguro o una declaración de reclamos 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 acepto las secciones "Condiciones de inscripción" y "Declaraciones falsas" en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de **Georgia**. Entiendo que, en caso de no firmar esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a mi fecha de elegibilidad, o si por cualquier motivo Aetna no recibiera notificación del pedido 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, por lo menos 25 horas semanales, para este empleador en el lugar usual de trabajo.

He leído y comprendo la información que figura en la sección "Reconocimiento de divulgación" de esta solicitud.

Firma del empleado

X

Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)

Fecha (mes/día/año)