



Solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de California (de 1 a 100 empleados)

EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE CALIFORNIA, SIEMPRE QUE APAREZCA EL TÉRMINO “CÓNYUGE” SE INTERPRETARÁ TAMBIÉN COMO PAREJA.

La cobertura es proporcionada por las siguientes entidades: Aetna Health of California Inc. para HMO, Aetna Dental of California Inc. para la cobertura dental (solo DMO®) y Aetna Life Insurance Company para todas las demás coberturas. Para la cobertura de la visión, algunos servicios de administración de reclamos son proporcionados por First American Administrators, Inc., y algunos servicios de administración de la red son proporcionados por medio de EyeMed Vision Care LLC (“EyeMed”).

| |
|--|
| Número de grupo |
| Número de identificación de miembro de Aetna (si está disponible) |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Nombre de la compañía | | INSTRUCCIONES: Usted, el empleado, debe completar esta solicitud de inscripción en su totalidad. De lo contrario, se le devolverá a su empleador y se retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. Si desea inscribirse, asegúrese de firmar y colocar la fecha en el campo “Firma del empleado” en la página 5. Si desea rechazar la cobertura, complete la sección F en la página 5. Use solo tinta negra para completar esta solicitud. | |
| 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"/> Inscripción tardía <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Renuncia | <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge o hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de cobertura <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Terminación del empleado <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge o hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura |
| Fecha de contratación | * No se aplica al seguro de vida complementario ni al seguro de vida para dependientes. | | |
| <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA 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 _____ Evento calificador _____ Fecha original del evento calificador _____ Fecha de pérdida de la cobertura _____ | | | |

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

| | | | | |
|---|---|--|--|----------------------------|
| N.º de Seguro Social o de identificación fiscal del miembro* | | Apellido, nombre, inicial del segundo nombre | | |
| Dirección de residencia (no se aceptan apartados postales) | | Número de apto. | Ciudad, estado | Código postal |
| Dirección del trabajo (no se aceptan apartados postales) | | Ciudad, estado | | Código postal |
| Teléfono de residencia () - - - | | Teléfono del trabajo () - - - | | Idioma primario (opcional) |
| Cantidad de dependientes que se inscriben en la cobertura médica, incluido el cónyuge | | | | |
| Sueldo (si solicita cobertura de seguro de vida) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal | Cantidad de horas que trabaja por semana | Marque una opción: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal | Cargo |

* El número de Seguro Social es opcional; el número de identificación fiscal es aceptable.

B. Selección de la cobertura. Complete con letra de imprenta legible.

1. Selección de la cobertura médica: Seleccione un plan médico marcando la casilla apropiada más abajo. (Su empleador debe ofrecer el plan).

| Opciones de planes según la red | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Planes HMO | | | |
| HMO – Full Network | HMO Aetna Value Network (AVN) | HMO Deductible Network | HMO Basic Network |
| <input type="checkbox"/> Gold HMO 20 | <input type="checkbox"/> Platinum AVN HMO 15 Copay Plan | | <input type="checkbox"/> Platinum Basic HMO 15 Copay Plan |
| | <input type="checkbox"/> Gold AVN HMO 20 | | <input type="checkbox"/> Gold Basic HMO 20 |
| | <input type="checkbox"/> Gold AVN HMO 30 Copay Plan | | <input type="checkbox"/> Gold Basic HMO 30 Copay Plan |
| <input type="checkbox"/> Gold HMO 45 | <input type="checkbox"/> Gold AVN HMO 45 | | <input type="checkbox"/> Gold Basic HMO 45 |
| | | <input type="checkbox"/> Gold HMO Deductible 250 | <input type="checkbox"/> Gold Basic HMO 250 |
| | | <input type="checkbox"/> Silver HMO Deductible 1500 | <input type="checkbox"/> Silver Basic HMO 1500 |
| | | <input type="checkbox"/> Silver HMO Deductible 2000 | <input type="checkbox"/> Silver Basic HMO 2000 |
| | | <input type="checkbox"/> Silver HMO Ded 2000 Copay Plan | <input type="checkbox"/> Silver Basic HMO 2000 Copay Plan |
| | | | <input type="checkbox"/> Bronze Basic HMO 6300 Plan |
| | | <input type="checkbox"/> Bronze HMO Deductible 6500 | <input type="checkbox"/> Bronze Basic HMO 6500 |

B. Selección de la cobertura (continuación)

| Planes Open Access Managed Choice (MC) | |
|---|---|
| MC – Full Network | MC Savings Plus Network |
| <input type="checkbox"/> Gold MC 0 Copay Plan | <input type="checkbox"/> Platinum Savings Plus 0 Copay Plan |
| <input type="checkbox"/> Gold MC 750 80/50 | <input type="checkbox"/> Gold Savings Plus 0 Copay Plan |
| <input type="checkbox"/> Silver MC 1000 70/50 | <input type="checkbox"/> Gold Savings Plus 750 80/50 |
| <input type="checkbox"/> Silver MC 2000 80/50 HDHP Plan | <input type="checkbox"/> Silver Savings Plus 1000 70/50 |
| <input type="checkbox"/> Silver MC 2000 60/50 | <input type="checkbox"/> Silver Savings Plus 2000 80/50 HDHP Plan |
| <input type="checkbox"/> Silver MC 2000 Copay | <input type="checkbox"/> Silver Savings Plus 2000 60/50 |
| <input type="checkbox"/> Bronze MC 4000 Copay | <input type="checkbox"/> Silver Savings Plus 2000 Copay |
| <input type="checkbox"/> Bronze MC HDHP 4800 60/50 HSA Plan | <input type="checkbox"/> Bronze Savings Plus 4000 Copay |
| <input type="checkbox"/> Bronze MC 6550 100/50 HSA | <input type="checkbox"/> Bronze Savings Plus HDHP 4800 60/50 HSA Plan |
| <input type="checkbox"/> Bronze MC 6500 Copay | <input type="checkbox"/> Bronze Savings Plus 6550 100/50 HSA |
| | <input type="checkbox"/> Bronze Savings Plus 6500 Copay |

| Aetna Whole Health Networks | |
|---|---|
| PrimeCare | MemorialCare ACO |
| Planes HMO | Planes EPO |
| <input type="checkbox"/> Gold PrimeCare HMO 30 Copay Plan | <input type="checkbox"/> Gold MemorialCare EPO 750 80 |
| <input type="checkbox"/> Gold PrimeCare HMO 45 | |
| <input type="checkbox"/> Silver PrimeCare HMO Ded 1500 | <input type="checkbox"/> Silver MemorialCare EPO 2000 Copay |
| <input type="checkbox"/> Bronze PrimeCare HMO Ded 6500 | <input type="checkbox"/> Bronze MemorialCare EPO 4000 Copay |
| Planes MC | Planes MC |
| <input type="checkbox"/> Gold PrimeCare MC 750 80/50 | |
| <input type="checkbox"/> Silver PrimeCare MC 2000 60/50 | <input type="checkbox"/> Silver MemorialCare MC 2000 60/50 |
| <input type="checkbox"/> Bronze PrimeCare MC 4000 Copay | <input type="checkbox"/> Bronze MemorialCare MC 6500 Copay |

| Aetna Whole Health Networks (continuación) | |
|--|---|
| | SCCIPA ACO |
| | Planes EPO |
| | <input type="checkbox"/> Gold SCCIPA EPO 750 80 |
| | <input type="checkbox"/> Silver SCCIPA EPO 2000 Copay |
| | <input type="checkbox"/> Bronze SCCIPA EPO 4000 Copay |
| | Planes MC |
| | <input type="checkbox"/> Silver SCCIPA MC 2000 60/50 |
| | <input type="checkbox"/> Bronze SCCIPA MC 6500 Copay |

| PPO – Full Network | Indemnity (disponible solo si las redes OAMC o PPO no están disponibles) |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gold PPO 750 80/50 | <input type="checkbox"/> Silver Indemnity 1500 80 |

| Número de control/grupo | Sufijo | Cuenta | Número de plan |
|-------------------------|--------|--------|----------------|
|-------------------------|--------|--------|----------------|

2. Cobertura dental. Marque una (si corresponde).

Planes no voluntarios: Plan Aetna Dental® - Opción de plan: _____ Para FOC, elija: DMO® o PPO

Planes voluntarios: Plan Aetna Dental® - Opción de plan: _____ Para FOC, elija: DMO® o PPO

Antes de hoy, ¿tenía usted cobertura con este plan dental del empleador? Sí 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 atención dental y aquellos que cubren solo la atención preventiva. Sí No

| Número de control/grupo | Sufijo | Cuenta | Número de plan |
|-------------------------|--------|--------|----------------|
|-------------------------|--------|--------|----------------|

3. Cobertura de la visión. Marque la casilla correspondiente.

Aetna VisionSM Preferred Sí No

Continúa en la página siguiente.

B. Selección de la cobertura (continuación)

| | | | |
|---|--------|--------|----------------|
| Número de control/grupo | Sufijo | Cuenta | Número de plan |
| 4. Seguro de vida y por incapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro de vida/AD&D Ultra® (para grupos de 2 a 9 empleados) Marque las casillas correspondientes. <input type="checkbox"/> Empleado Seguro de vida básico/AD&D Ultra® Seguro de vida/AD&D Ultra® (para grupos de 10 a 100 empleados) Marque las casillas correspondientes. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para el cónyuge/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para los hijos/AD&D Ultra® | | | |
| Cobertura por incapacidad (solo para el empleado) Marque las casillas correspondientes. Cobertura por incapacidad a corto plazo (STD) (para grupos de 51 a 100 empleados) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cobertura por incapacidad a largo plazo (LTD) (para grupos de 10 a 100 empleados) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

C. Personas cubiertas. Enumere las personas a quienes usted desea inscribir, agregar, cambiar o retirar de la cobertura. Agregue más hojas si es necesario. Complete la sección D a continuación si tiene dependientes con un apellido diferente del suyo o que viven en otro domicilio. NOTA PARA LA COBERTURA MÉDICA: Si bien la Ley de Cuidado de Salud Asequible 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. Los hijos discapacitados pueden estar cubiertos aunque sean mayores de 26 años. Consulte los documentos de su plan o comuníquese con el administrador de beneficios.

| | | | | | | |
|---|---|--|------------|---|--|---|
| 1 | Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | Sexo (M/F) | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / | |
| | Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Vive en pareja | Elija cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Por STD <input type="checkbox"/> Por LTD <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® | | N.º de identificación del consultorio del médico de atención primaria (PCP) | Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí | Paciente actual N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí |
| 2 | Nombre del cónyuge (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | Sexo (M/F) | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / |
| | Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Otro _____ | Elija cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® | | N.º de identificación del consultorio del PCP | Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí | Paciente actual N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí |
| 3 | Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | Sexo (M/F) | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / |
| | Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____ | Elija cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® | | N.º de identificación del consultorio del PCP | Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí | Paciente actual N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí |
| 4 | Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | Sexo (M/F) | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / |
| | Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____ | Elija cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® | | N.º de identificación del consultorio del PCP | Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí | Paciente actual N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí |
| 5 | Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | Sexo (M/F) | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / |
| | Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____ | Elija cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® | | N.º de identificación del consultorio del PCP | Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí | Paciente actual N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí |
| 6 | Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | Sexo (M/F) | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / |
| | Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____ | Elija cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® | | N.º de identificación del consultorio del PCP | Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí | Paciente actual N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí |

Continúa en la página siguiente.

C. Personas cubiertas (continuación)

| | | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------|--|---|---|
| 7 | Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | Sexo (M/F) | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / | | |
| Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____ | | Elije cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® | | N.º de identificación del consultorio del PCP | Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí | N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí |

D. Información de los dependientes

| | |
|---|------------------|
| Enumere todos los dependientes de la sección C que vivan en otro domicilio. | |
| Nombre | Dirección |
| | |
| | |
| | |
| | |

E. Coordinación de los beneficios

| | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ¿Tendrá otro seguro de salud al mismo tiempo que esta cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Si respondió que sí , ¿la cobertura de Aetna que solicita reemplazará la cobertura que tiene ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Nombre de la persona | Compañía de seguros | Nombre de la persona | Compañía de seguros |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Condiciones de inscripción

AVISO: La ley de California prohíbe que las compañías de seguro médico soliciten o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener la cobertura de seguro de salud.

En mi nombre y en el de los dependientes enumerados, estoy de acuerdo con lo siguiente y lo acepto:

- Reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será brindada por las siguientes entidades (denominadas, en forma colectiva, "Aetna"):
 - Aetna HMO: Aetna Health of California Inc.
 - Aetna Dental DMO: Aetna Dental of California Inc.
 - Aetna Vision: Aetna Life Insurance Company. First American Administrators, Inc. (una afiliada de EyeMed Vision Care, LLC), o sus afiliadas brindan ciertos servicios de adjudicaciones de reclamos y otros servicios administrativos.
 - Coberturas de seguro de vida, por muerte accidental y pérdida personal (AD&D Ultra®), dental y todas las demás coberturas de salud: Aetna Life Insurance Company.
- 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. Si Aetna demuestra que he actuado de forma fraudulenta o he proporcionado hechos materiales falsos de forma intencional, Aetna puede rescindir la póliza o aumentar las primas después de notificarme con, por lo menos, 60 días de anticipación por correo certificado. Sin embargo, después de 24 meses a partir de la emisión de la póliza, Aetna no rescindiré la póliza por ningún motivo y no cancelará ni limitará la póliza ni aumentará las primas adeudadas de la póliza a causa de información falsa o inexacta en este formulario, sea intencional o no. Aetna no basa las reglas de elegibilidad de los seguros médicos, dentales o de la visión en ninguno de los siguientes factores:
 - Estado de salud.
 - Afección médica, incluidas enfermedades mentales y físicas.
 - Experiencia en reclamos.
 - Recibo de atención de salud.
 - Antecedentes médicos.
 - Información genética.
 - Evidencia de asegurabilidad, incluidas afecciones que surjan a causa de violencia doméstica.
 - Incapacidad.
 - Cualquier otro factor relacionado con el estado de salud, según se establece en las regulaciones, normas o pautas federales sancionadas conforme a la sección 2705 de la Public Health Service Act (Ley de Servicios de Salud Pública).

Para coberturas de seguro de vida: Entiendo que la fecha de entrada en vigor 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 entrada en vigor del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos sobre el estado de salud de los dependientes del 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, los hijos son elegibles desde el nacimiento hasta que cumplen los 26 años de edad.

Para coberturas por incapacidad: Entiendo que la fecha de entrada en vigor de mi seguro está sujeta a que yo sea trabajador activo en dicha fecha. 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.

Continúa en la página siguiente.

Condiciones de inscripción (continuación)

3. Los documentos del plan determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
4. Entiendo y acepto que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery®, todos los proveedores y prestadores 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 ningún 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.
5. Entiendo y acepto que, con algunas 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 de atención primaria o un dentista de atención primaria participantes, o por un especialista, un hospital, una farmacia, un dentista u otro proveedor participantes, conforme a lo autorizado por la remisión del médico de atención primaria participante.

Declaro que, a mi leal saber o entender, toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones de inscripción de esta solicitud de inscripción/cambio. Entiendo que, en caso de no firmar y enviar este formulario 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 podrían verse afectadas. Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y trabajo a tiempo completo, por lo menos, 30 horas semanales (o de 20 a 29 horas semanales si mi empleador lo determina) para este empleador en el lugar usual de trabajo. Autorizo a 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.

PERSONAS INSCRITAS EN PLANES CA HMO. AVISO DE ARBITRAJE OBLIGATORIO: TODA DISPUTA QUE SURJA DE LA MEMBRECÍA DEL PLAN DE SALUD O ESTÉ RELACIONADA CON ESTA SE DETERMINARÁ A TRAVÉS DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO Y NO POR MEDIO DE UN JUICIO NI RECURRIENDO A UN PROCESO LEGAL, EXCEPTO SEGÚN LO ESTIPULA LA LEY DE CALIFORNIA PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCESOS DE ARBITRAJE. EL ACUERDO DE ARBITRAJE INCLUYE, ENTRE OTRAS, DISPUTAS ASOCIADAS A LA SUPUESTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL O A LA MALA PRAXIS MÉDICA, ES DECIR, SI ALGUNO DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR ESTE ACUERDO NO FUERA NECESARIO, NO FUERA AUTORIZADO O FUERA BRINDADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE. EL ACUERDO DE PLAN DE SALUD TAMBIÉN LIMITA DETERMINADOS RECURSOS Y PUEDE LIMITAR LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN EJEMPLARIZANTE. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, CONSULTE LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

ENTIENDO QUE ESTOY RENUNCIANDO AL DERECHO CONSTITUCIONAL DE RESOLVER LAS DISPUTAS EN UN TRIBUNAL ANTE UN JURADO Y, EN SU LUGAR, ACEPTO EL USO DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO. ESTO SIGNIFICA QUE NO PODRÉ LLEVAR EL CASO A JUICIO EN UN TRIBUNAL. TAMBIÉN ENTIENDO QUE EL ACUERDO CONTIENE LIMITACIONES CON RESPECTO A CIERTOS RECURSOS Y QUE PUEDE HABER LIMITACIONES EN EL COBRO DE INDEMNIZACIÓN EJEMPLARIZANTE.

Si desea recibir los documentos de manera electrónica, ingrese en su cuenta segura para miembros en <http://www.aetna.com/individuals-families/aetna-navigator.html>.

Firma del empleado SOLO en caso de solicitar cobertura para usted o sus dependientes.

Correo electrónico del empleado

Fecha (mes/día/año)

ME INSCRIBO PARA LA COBERTURA:

Firma del empleado X

F. Rechazo de cobertura. Marque todo lo que corresponda.

Comprendo que soy elegible 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"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> LTD <input type="checkbox"/> Cónyuge: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Hijos: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> De la visión | Motivos por los que se rechaza la cobertura <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo del cónyuge <input type="checkbox"/> Cobertura según COBRA <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo de los padres <input type="checkbox"/> Seguro por medio de otro trabajo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cobertura militar TRICARE <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Cobertura individual (a través del mercado de seguros) <input type="checkbox"/> Cobertura para jubilados <input type="checkbox"/> Cobertura individual (por fuera del mercado de seguros) <input type="checkbox"/> Otro plan de grupo brindado por mi empleador <input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura <input type="checkbox"/> No deseo cobertura <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|--|

Certifico que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, rechazo 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.

Firma del empleado SOLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o los dependientes.

Fecha (mes/día/año)

X RECHAZO LA COBERTURA: Firma del empleado

Designación de beneficiario. Lea atentamente las condiciones e instrucciones para la designación de beneficiarios que se indican a continuación.

Conforme a la *Póliza de grupo*, el miembro puede designar beneficiarios. Un beneficiario es la persona o entidad que recibirá el pago de los beneficios. Un beneficiario primario es aquel que tiene la prioridad para recibir el beneficio. Un beneficiario contingente es el que recibirá el pago solo si el beneficiario primario fallece antes que la persona asegurada o no está habilitado para recibir el pago de beneficios conforme a alguna ley estatal o documento legal vinculante al respecto. El empleado es, por defecto, el beneficiario primario de los beneficios de la cobertura del seguro de vida y por muerte accidental y pérdida personal (AD&D Ultra®) para dependientes.

| Beneficiario de: | Nombre completo o entidad (fideicomiso o sucesión) | Fecha de nacimiento | N.º de Seguro Social o de identificación fiscal | Dirección (número, calle, n.º de apto., ciudad, estado, código postal) | Teléfono | Relación con el empleado | % del beneficio (debe sumar 100 %) |
|----------------------------|--|---------------------|---|--|----------|--------------------------|------------------------------------|
| Seguro de vida Primario | | | | | | | |
| Seguro de vida Contingente | | | | | | | |

CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE SOLO PARA ESTADOS QUE ADMITEN BIENES GANANCIALES. Consulte las condiciones e instrucciones para la designación de beneficiarios a continuación.

Tenga en cuenta que el empleado no está obligado a completar la sección sobre consentimiento del cónyuge que se incluye en esta solicitud.

Soy consciente de que mi cónyuge, el empleado nombrado anteriormente, ha designado a alguien que no soy yo para que sea el beneficiario del seguro de vida de grupo según la póliza anterior. Por el presente, doy mi consentimiento a tal designación y renuncio a cualquier derecho que pueda tener a los montos de tal seguro según las leyes sobre bienes gananciales que correspondan. Entiendo que este consentimiento y esta renuncia reemplazan cualquier previo consentimiento o renuncia del cónyuge en virtud de este plan.

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Condiciones e instrucciones para la designación de beneficiarios

Condiciones para la designación de beneficiarios

- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Conforme a la *Póliza de grupo*, el miembro puede designar beneficiarios. Si usted no designa un beneficiario, el pago se realizará a sus sobrevivientes, tal como se establece en la estipulación sobre beneficiarios de la *Póliza de grupo*. Debe firmar la sección "Designación de beneficiarios" incluida en esta solicitud para garantizar que el pago se realice a la persona que usted desea.
- A menos que se especifique expresamente lo contrario en la sección "Designación de beneficiarios" de esta solicitud, si alguno de los beneficiarios primarios designados fallece antes que usted, los fondos del seguro de vida serán pagados en partes iguales a los demás beneficiarios primarios designados. Todos los beneficiarios primarios deben fallecer antes que usted para que los fondos del seguro de vida se paguen a cualquier beneficiario contingente.
- Si, de acuerdo con esta designación de beneficiarios, se debe realizar un pago a un fideicomisario en virtud un acuerdo de fideicomiso, Aetna Life Insurance Company (Aetna) no estará obligada ni será responsable según los términos y condiciones del acuerdo de fideicomiso. Si su beneficiario es menor de edad en el momento de su fallecimiento, Aetna puede solicitar que un tribunal designe un tutor para que reciba los fondos del seguro de vida en nombre del menor.
- Aetna quedará liberada de todas sus obligaciones una vez que se realice el pago. Aetna no es responsable de la manera en que se utiliza el pago.
- Si vive en un estado donde rigen las leyes de bienes gananciales (Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington o Wisconsin), su cónyuge puede tener derecho a reclamar una parte del beneficio del seguro de vida, conforme a las leyes estatales. Si usted designa como beneficiario a alguien que no sea su cónyuge, el pago del beneficio por muerte puede demorarse hasta que se resuelva el reclamo de su cónyuge.

Instrucciones para la designación de beneficiarios

Si estas instrucciones no responden a todas sus preguntas, comuníquese con el patrocinador de su plan para solicitar ayuda.

- Si comete un error, tache la información errónea, incluya la información correcta y coloque sus iniciales junto a la corrección. **El texto impreso en este formulario no debe borrarse ni modificarse de ninguna forma.**
- Cuando designe a un beneficiario, incluya los siguientes datos **en todos los casos:** relación con el empleado, número de Seguro Social, dirección y teléfono.
- **No debe especificar dólares y centavos.**
- Si designa a un menor como beneficiario, este no recibirá los beneficios hasta que sea mayor de edad.
- Si designa a un fideicomisario como beneficiario, indique el nombre exacto del fideicomiso, la fecha del acuerdo de fideicomiso, y el nombre y la dirección del fideicomisario. **Por ejemplo,** The John J. Smith Revocable Life Insurance Trust, con fecha del 1.º de enero de 1994. John Smith (fideicomisario), 123 Apple Lane, Hartford, CT 06006.

Aviso escrito del Departamento de Atención Médica Administrada sobre la disponibilidad de asistencia lingüística

HMO and DMO-based plans - IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-877-287-0117.

Planes basados en DMO y HMO. IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder leerla, le brindamos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-877-287-0117.

Planes tradicionales

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-877-287-0117. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-877-287-0117. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務，用中文把文件唸給您聽。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-877-287-0117 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và được người khác đọc giúp các tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-877-287-0117. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-877-287-0117번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-877-287-0117. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվախոս Ծառայություններ: Հոսք կարող եք թարգմանն ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել սապ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) ստմնի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Վալիֆորնիայի Ասպահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-877-287-0117. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-877-287-0117までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است و یا این شماره 1-877-287-0117 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-877-287-0117 'ਤੇ ਸਾਨ ਫ਼ਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាន បង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-877-287-0117. للحصول على المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-877-287-0117. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al 1-888-238-6201.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711 Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705),

CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).