



Planes Aetna Advantage para personas, familias y trabajadores independientes* - FL

Número de seguro social del solicitante									

Número de identificación de la solicitud									

Instrucciones:

- La solicitud debe ser completada por el solicitante en tinta azul o negra. **Por favor completar con letra de imprenta legible.** (No se aceptará una fotocopia de esta solicitud).
- Esta solicitud debe ser completada en su totalidad y se debe seleccionar una (1) forma de pago; de lo contrario, el procesamiento será demorado.
- En la **página 6, Sección M**, deben firmar y consignar la fecha todos los solicitantes, incluyendo el cónyuge y los hijos dependientes de 18 años de edad y mayores.
- Los planes están asegurados por Aetna Life Insurance Company y Aetna Health Inc.
- Toda persona de la familia que esté embarazada (ya sea que figure o no en esta solicitud) o en proceso de adopción o de madre sustituta no califica para este programa.

Envíe la solicitud completa a:

Aetna Advantage Plans, U22N
P.O. Box 3013
Blue Bell, PA 19422-0763

A. Información del solicitante

Nombre		Apellido de soltera de la solicitante/Cónyuge		Elija el tipo de plan de beneficios deseado: Managed Choice Open Access:	
Dirección postal (Toda la correspondencia de Aetna será enviada a esta dirección). - Incluya número de apartamento, si corresponde. Número, Calle _____ Condado _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____		Números de teléfono Residencia () Trabajo () Celular ()		<input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 1500 <input type="checkbox"/> 2500 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> First Dollar 35 <input type="checkbox"/> MC Value 3000 <input type="checkbox"/> MC Value 5000 <input type="checkbox"/> MC Value 7500 <input type="checkbox"/> MC Value 10000 <input type="checkbox"/> MC HSA 3000 <input type="checkbox"/> MC HSA 5000 <input type="checkbox"/> MC Atención preventiva y en hospital 1250 <input type="checkbox"/> MC Atención preventiva y en hospital 3000	
Dirección de facturación (si prefiere que su factura sea enviada a una dirección diferente de la indicada anteriormente). - Incluya número de apartamento, si corresponde. Número, Calle _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)		POS Open Access: <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 1500 <input type="checkbox"/> 2500 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> First Dollar 35 <input type="checkbox"/> POS Value 3000 <input type="checkbox"/> POS Value 5000 <input type="checkbox"/> POS Value 7500 <input type="checkbox"/> POS Value 10000 <input type="checkbox"/> POS HSA 3000 <input type="checkbox"/> POS HSA 5000 <input type="checkbox"/> Dental (la opción dental está disponible sólo con la cobertura médica)	
Por favor marcar si corresponde: <input type="checkbox"/> No soy elegible para los beneficios de salud que ofrece mi empleador <input type="checkbox"/> Soy propietario único o trabajador independiente		Dirección de correo electrónico		No todos los productos están disponibles en todos los condados. Consulte el mapa del Estado en el folleto de Aetna Advantage. Motivo de la solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo dependiente a un plan existente <input type="checkbox"/> Agregar sólo hijo dependiente a un plan existente <input type="checkbox"/> Cambiar plan de beneficios actual <input type="checkbox"/> Solicitar revisión de tarifas	
¿Alguna persona enumerada en esta solicitud es un "residente no ciudadano" de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Lee y escribe en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si marcó "Sí", ¿esa(s) persona(s) ha(n) vivido en los Estados Unidos durante los últimos seis (6) meses consecutivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si marcó "No", indique el/los nombre(s) y una explicación.					

B. Personas cubiertas (Los hijos dependientes están cubiertos hasta los 19 años de edad, y entre los 19 y 23, presentando prueba de su condición de estudiante a tiempo completo).

- Marque aquí si necesita más espacio para proporcionar información sobre dependientes adicionales. Utilice una hoja separada y grápela en el reverso de esta solicitud.

Código de familia	Nombre Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Edad	Sexo (M/F)	Altura (ft/in)	Peso (lbs)
APP									
SP									
01									
02									
03									

C. Información sobre dependientes

¿Usted declara a todos los hijos antes mencionados de entre 19 y 23 años como dependientes en su impuesto federal sobre la renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó "NO", cualquier hijo de 19 a 23 años que no esté declarado en su impuesto federal sobre la renta NO es elegible como dependiente pero puede presentar una solicitud por separado.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*En Florida, los trabajadores independientes pueden adquirir un plan de seguro de grupo de emisión garantizada bajo la reforma de pequeñas empresas (Small Group Reform).



Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

D. Otros seguros - Por favor adjuntar copia de la carta de certificado de continuación de cobertura para cada solicitante, si corresponde.

¿Tiene actualmente alguna cobertura de salud? Sí No ¿Su cónyuge/hijos también están cubiertos? Sí No

Proporcione el nombre de la compañía de seguros de atención de salud actual (o más reciente), número de póliza y fecha de terminación de la cobertura (si corresponde).
Nombre _____ Fecha de terminación _____

¿Alguno de los familiares antes enumerados está actualmente inscrito en un plan de Aetna? Sí No
En caso afirmativo, proporcione nombres y parentesco: _____ Número de Identificación (ID): _____

¿Alguna de las personas inscritas en esta solicitud fue alguna vez rechazada, postergada, se le aplicó una exoneración o se le cobró una prima adicional por un seguro de vida, incapacidad o salud, o dicho seguro le fue rescindido? Sí No En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:
Nombre del solicitante: _____ Explique: _____

¿Alguno de los solicitantes presentó alguna vez una solicitud por incapacidad y/o recibió beneficios por seguro de incapacidad o indemnización a trabajadores? Sí No En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:
Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____ Explique: _____

¿Alguna de las personas inscritas en esta solicitud es elegible para Medicare? Sí No
Nombre del solicitante: _____ Nombre del solicitante: _____

E. Antecedentes médicos del solicitante y TODOS sus dependientes (Incluir información de todas las personas que soliciten cobertura).

Responda a todas las preguntas y proporcione detalles completos para todas las respuestas afirmativas en la Página 4, Sección G.	La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

A su leal saber y entender, en los últimos diez (10) años, ¿alguna de las personas inscritas en esta solicitud recibió tratamiento de un proveedor de atención de salud (incluyendo medicamentos con receta) o fue hospitalizada por cualquiera de las siguientes condiciones o enfermedades detalladas en las Secciones E y F?

E1.	Enfermedades/trastornos de ojos, oídos, nariz y garganta: Ojos/vista: glaucoma, cataratas, estrabismo, desprendimiento de retina, trasplante de córnea, infecciones; Oídos/audición: pérdida de la audición, sordera, infecciones, disfunción de la trompa de Eustaquio; Nariz/respiración: tabique desviado, pólipos, adenoiditis, sinusitis; Garganta/deglución: amigdalitis, infección de garganta por estreptococos, ronquido excesivo o apnea del sueño, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E2.	Trastornos/enfermedades de la piel: Acné, manchas de nacimiento, dermatitis, eccema, infecciones fúngicas, psoriasis, queratosis, verrugas, lunares, lesiones precancerosas, cáncer de piel o melanoma, quemaduras de segundo o tercer grado, herpes, cicatrices/queloides, o revisiones de cirugía cosmética o reconstructiva, sudoración excesiva, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E3.	Enfermedades/trastornos musculoesqueléticos: Trastornos o lesiones de los huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, tendones o discos tales como desgarros/esguinces, fracturas, artritis, fibromialgia, gota, hernia de disco, sustitución articular, fijación interna/externa, implantes permanentes, amputaciones/prótesis, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E4.	Enfermedades/trastornos respiratorios: Alergias, sinusitis, bronquitis, asma, neumonía, falta de aliento, tos crónica, atelectasia, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), tuberculosis, infecciones fúngicas, dificultad para respirar, escupir/toser sangre, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E5.	Enfermedades/trastornos digestivos: Infecciones de la boca/garganta/amígdalas, problemas mandibulares o de masticación, úlceras, hernia, reflujo gástrico, colitis, enfermedad de Crohn, síndrome de intestino irritable (IBS, por sus siglas en inglés), diarrea crónica, problemas intestinales, pólipos del colon, hemorragia rectal o hemorroides, enfermedades del páncreas, hígado o vesícula biliar, hepatitis A/B/C/otra, ictericia, cirrosis, pérdida o aumento de peso sin motivo aparente, trastornos alimenticios, bypass gástrico/banda gástrica, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E6.	Enfermedades/trastornos urinarios: Infecciones de la vejiga, infecciones o cálculos renales, sangre en la orina, estrés, incontinencia, frecuencia urinaria, dolor/dificultad para orinar, cistitis, enuresis, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E7.	Enfermedades/trastornos cardíacos y circulatorios: Anemia, trastornos de sangrado/coagulación, hemofilia, trombocitopenia, venas varicosas/arañas vasculares, fenómeno de Raynaud, flebitis, trombosis, inflamación de los ganglios linfáticos o linfadenitis, dolor en el pecho, angina, presión sanguínea elevada/baja, hipertensión, colesterol/lípidos altos, soplo cardíaco, palpitaciones, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de la arteria coronaria, aneurisma, ataque cardíaco, bypass/angioplastia, reemplazo de válvula, marcapasos o desfibrilador, fiebre reumática, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E8.	Enfermedades/trastornos metabólicos y endocrinos: Diabetes, trastornos de la glándula suprarrenal/pituitaria, lupus, esclerodermia, síndrome de fatiga crónica, virus de Epstein-Barr, mononucleosis, trastornos de la tiroides, SIDA/ARC u otros trastornos inmunológicos, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E9.	Enfermedades/trastornos cerebrales/del sistema nervioso: Pérdida del conocimiento, desvanecimiento, mareo, entumecimiento/hormigueo, debilidad, parálisis, confusión, pérdida de memoria, Alzheimer, demencia, lesión en la cabeza, ataque cerebral, migraña o cefalea severa/crónica, narcolepsia, apnea del sueño, temblores, esclerosis múltiple, convulsiones/epilepsia, distrofia muscular, distrofia simpática refleja (RSD), etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E10.	Enfermedades/trastornos reproductivos masculinos: Fertilidad/infertilidad, recuento bajo de espermatozoides, disfunción sexual, disfunción eréctil, agrandamiento de próstata, prostatitis, testículo no descendido, herpes/verrugas genitales o anales, o enfermedades de transmisión sexual, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continúa

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación de la solicitud							

E. Antecedentes médicos del solicitante y TODOS sus dependientes (continuación)

E11.	Enfermedades/trastornos reproductivos femeninos: a) Dolor pélvico, sangrado menstrual anormal, ausencia de menstruación, citología de PAP anormal, endometriosis, quistes ováricos, fibromas del cérvix, fertilidad/infertilidad, abortos espontáneos, quistes/bultos/fibromas del seno, implantes del seno, herpes/verrugas genitales, o enfermedades de transmisión sexual, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	b) ¿Transcurrieron más de 40 días desde el último período menstrual de cualquiera de las mujeres antes mencionadas? En caso afirmativo, indique el/los nombre(s) y un motivo: Nombre de la solicitante _____ Motivo: _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	c) ¿Alguna de las mujeres solicitantes tuvo una citología de PAP anormal? En caso afirmativo, proporcione detalles en G1. Fecha de la última citología de PAP normal: _____ Nombre de la solicitante _____ Fecha _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	d) ¿Alguna de las mujeres solicitantes está embarazada, tuvo un resultado positivo en un test casero de embarazo o está en proceso de adopción o de convertirse en madre sustituta? En caso afirmativo, indique el nombre: Nombre de la solicitante _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E12.	Nerviosos, mentales y del comportamiento: Depresión, ansiedad, déficit de atención, desequilibrio químico, trastornos bipolar, obsesivo compulsivo o de pánico, abuso de sustancias, trastornos alimenticios, terapia o grupo de apoyo, dependencia de alcohol o de drogas, anorexia/bulimia, esquizofrenia, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E13.	Cáncer/Tumores: Quistes, tumores o crecimientos anormales, enfermedad de Hodgkin, leucemia o cualquier otro tipo de cáncer o tumor maligno.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E14.	Defectos de nacimiento/anomalías congénitas: Manchas de nacimiento, paladar hendido/labio leporino, pie deforme, sindactilia (fusión de las membranas de los dedos de las manos o las de los pies), retraso del desarrollo, retraso mental, síndrome de Down, malformación cardíaca/pulmonar/renal, deformidad del cráneo/facial u otras deformidades físicas, parálisis cerebral, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E15.	Otras condiciones: ¿Algún solicitante consultó a un médico u otro proveedor de atención de salud o recibió tratamiento por alguna otra condición o síntoma(s) no enumerado(s) en esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOTA: Las condiciones médicas que se produzcan luego de la fecha de la firma y antes de la fecha de vigencia efectiva de la cobertura, si ésta es aprobada, serán consideradas en la evaluación final de riesgos. Usted deberá comunicar cualquier condición médica que ocurra durante dicho período.

F. Preguntas relacionadas con la salud (Incluya la información de todas las personas que soliciten cobertura).

Responda a todas las preguntas y proporcione detalles completos para todas las respuestas afirmativas en la Página 4, Sección G.		La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
F1.	¿Alguno de los varones solicitantes espera un bebé o está en proceso de adopción o de madre sustituta con alguna persona, esté o no esta persona solicitando cobertura en esta solicitud? En caso afirmativo, proporcione el nombre del solicitante a continuación. Nombre del solicitante: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F2.	¿Alguno de los solicitantes fue tratado o diagnosticado por abuso de alcohol, drogas o sustancias o recibió consejo de reducir la ingesta de alcohol por un proveedor de atención de salud? En caso afirmativo, proporcione el nombre del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante: _____ Nombre del solicitante: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F3.	¿Alguno de los solicitantes utilizó drogas o sustancias ilegales o controladas, como por ejemplo marihuana, cocaína, metanfetaminas, drogas ilegales o intravenosas? En caso afirmativo, proporcione el nombre del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante: _____ Tipo de droga/sustancia: _____ Fecha de suspensión: _____ Nombre del solicitante: _____ Tipo de droga/sustancia: _____ Fecha de suspensión: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F4.	¿Alguno de los solicitantes consumió alguna bebida alcohólica en los últimos 6 meses? (Cantidad: Una bebida equivale a 12 oz. de cerveza, 6 oz. de vino o 1 oz. de licor). Nombre del solicitante: _____ Tipo: _____ Cantidad: _____ por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes Nombre del solicitante: _____ Tipo: _____ Cantidad: _____ por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F5.	¿Alguno de los solicitantes ha sido condenado por conducir en estado de ebriedad (DUI, por sus siglas en inglés)? En caso afirmativo, proporcione el/los nombre(s) del/de los solicitante(s), estado(s) y fecha(s). Nombre del solicitante: _____ Estado: _____ Fecha: _____ Nombre del solicitante: _____ Estado: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F6.	¿Alguno de los solicitantes tuvo un resultado positivo por exposición a una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o se le diagnosticó el complejo asociado al SIDA (ARC) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) provocado por una infección VIH u otro tipo de enfermedad o condición derivada de dicha infección?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación de la solicitud							

F. Preguntas relacionadas con la salud (Continuación)

F7.	¿Alguno de los solicitantes tuvo algún resultado anormal de laboratorio, rayos X, MRI u otro resultado de examen diagnóstico o físico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F8.	¿Alguno de los solicitantes recibió consejo médico para someterse a más exámenes médicos, tratamientos o cirugías que aún no se completaron?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F9.	¿Alguno de los solicitantes fue paciente en una clínica, hospital, centro quirúrgico, centro de tratamiento u otra instalación médica de atención ambulatoria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F10.	¿Alguno de los solicitantes consultó a un proveedor de atención de salud por alguna condición, indicio o síntoma que aún no fue diagnosticado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F11.	¿Alguno de los solicitantes ha fumado o utilizado productos del tabaco, como rapé y/o tabaco para mascar en los últimos 2 años? En caso afirmativo, proporcione el nombre del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante: _____ Fecha de interrupción: _____ Nombre del solicitante: _____ Fecha de interrupción: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F12.	¿Alguno de los solicitantes ha tomado medicamentos con receta o se le ha indicado tomar medicamentos con receta durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F13.	¿Alguno de los solicitantes visitó, recibió tratamiento o consultó a un médico o a otro proveedor de atención de salud por alguna otra condición o síntoma(s) que no esté(n) enumerado(s) en esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F14.	¿Alguno de los solicitantes es candidato para recibir o receptor de un órgano o de un trasplante de médula ósea o célula madre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F15.	¿Alguno de los solicitantes está actualmente en la lista de espera y/o registrado para donar un órgano o médula ósea (excluyendo la tarjeta DMV)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

G. Información detallada sobre salud

Marque aquí si necesita más espacio. Utilice una hoja separada y grápela en el reverso de esta solicitud.

1. Proporcione DETALLES COMPLETOS de TODAS las preguntas respondidas afirmativamente en las Secciones E y F.

Código de familia	Pregunta N°	Fechas		Explique la naturaleza de la enfermedad/condición	Describa el tratamiento recibido/recomendado y todas las limitaciones, si corresponde	% de recuperación
		Desde	Hasta			

2. Indique todos los medicamentos con receta y/o muestras médicas que usted y/o sus dependientes enumerados hayan tomado en los últimos 2 años.

Código de familia	Pregunta N°	Fecha en que se recetó (Mes/Día/Año)	Fecha de suspensión (Mes/Día/Año)	Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Motivo/Condición

3. Con respecto a los detalles y los medicamentos indicados anteriormente, por favor enumere TODOS los médicos, asistentes médicos o profesionales de la salud que usted y/o cualquiera de sus dependientes indicados hayan consultado. Si la respuesta es ninguno, indique "Ninguno".

Código de familia	Pregunta número y/o motivo	Nombre, dirección y teléfono del médico tratante

4. Indique la última visita al médico de todos los miembros de la familia, incluyendo los chequeos de rutina.

Código de familia	N° visita	Motivo de la visita	Fecha de visita	Resultados de la visita		Nombre, dirección y teléfono del médico
				Normal	Anormal: información detallada	
APP						
SP						
01						
02						
03						

Número de seguro social del solicitante									

Número de identificación de la solicitud									

H. Cobertura HIPAA

Si yo o mis dependientes no calificamos para los planes Aetna Advantage individuales y familiares, deseo que se me considere para la inscripción en la cobertura HIPAA. Los requisitos de elegibilidad para la cobertura HIPAA se explican a continuación. Entiendo que no se requiere revisión de riesgos y que no se aplican las exclusiones preexistentes. Si califico, deseo que se me ofrezca la cobertura HIPAA y se me proporcione información sobre tarifas. **En caso afirmativo**, deberá proporcionarse la siguiente información.

Nombre del/de los solicitante(s) que solicita(n) la cobertura HIPAA:

1. ¿Tiene cobertura o es elegible para Medicaid, Medicare u otro tipo de beneficios de seguro de salud patrocinados por empleadores, o tiene otro tipo de cobertura de salud? En caso afirmativo , usted no es elegible para la cobertura HIPAA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha pasado recientemente un período mínimo de 18 meses de cobertura de salud continua bajo un plan de salud de grupo patrocinado por un empleador, que finalizó dentro de los últimos 63 días por un motivo que no sea falta de pago de primas o fraude? En caso afirmativo , por favor adjunte el certificado de cobertura de su empleador o compañía de seguros O una carta del empleador con la siguiente información: Nombre del solicitante _____ Fecha de inicio (mes/día/año) _____ Fecha de terminación (mes/día/año) _____ Nombre de la(s) compañía(s) de seguros _____ N° de teléfono _____ En caso negativo , usted no es elegible para la cobertura HIPAA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Fue usted elegible para la cobertura COBRA o de Continuación Estatal o para la póliza de conversión? En caso afirmativo , por favor proporcione la siguiente información: Fecha de inicio (mes/día/año) _____ Fecha de terminación (mes/día/año) _____ En caso negativo , por favor explique: _____ Si la cobertura COBRA o de Continuación Estatal no está agotada, usted no es elegible para la cobertura HIPAA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

I. Fecha de vigencia (La solicitud de una fecha de vigencia NO GARANTIZA que el aseguramiento esté completo antes de la fecha solicitada).

Si Aetna aprueba mi solicitud, solicito que la fecha de vigencia sea el 1° o el 15 de _____ (mes).
Se le dará la fecha de vigencia solicitada si Aetna aprueba la solicitud dentro de los 30 días. Esta fecha no debe ser posterior a los 90 días después de la fecha de la firma (**Página 6, Sección M**) de esta solicitud. Esta fecha se aceptará siempre y cuando Aetna apruebe esta solicitud dentro de los 30 días de la fecha de vigencia solicitada. No se aceptará ninguna fecha de vigencia solicitada que coincida con la fecha de la firma o que sea anterior a ésta.

J. Declaración de condiciones de inscripción

Cada miembro de la familia será evaluado por separado y se le asignará una cobertura médica por separado según su propio riesgo de salud. Si uno o más miembros de la familia no son aprobados, Aetna proporcionará cobertura a los miembros de la familia aprobados, a menos que se indique a continuación:

Yo, el solicitante, instruyo a Aetna que no dé cobertura a ningún miembro elegible, a menos que todos los miembros de la familia sean aprobados para la cobertura.

Prefiero recibir la comunicación por escrito referida a mi solicitud vía correo electrónico.

K. Raza/Grupo étnico - Opcional

Código de familia	(Esta información tiene la finalidad de recolectar datos y no será utilizada para determinar la elegibilidad, la clasificación o el pago de reclamos).	01	<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 _____
APP	<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 _____	02	<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 _____
SP	<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 _____	03	<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 _____

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación de la solicitud							

L. Condiciones y acuerdo - Por favor lea antes de firmar más abajo.

ES IMPORTANTE QUE USTED LEA Y COMPRENDA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR. Al presentar esta solicitud y pedir esta cobertura, yo, en mi nombre y en el de los dependientes enumerados en esta solicitud, acepto y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Aetna puede rechazar esta solicitud. La cobertura no entra en vigencia hasta que Aetna apruebe esta solicitud.
2. Una vez que la cobertura y los beneficios entren en vigor están supeditados al pago en tiempo y forma de las primas y de cualquier otro costo compartido, según lo estipulado en la póliza. Si el pago de las primas no se efectúa en tiempo y forma su cobertura será dada de baja. Si la cobertura es dada de baja por incumplimiento en el pago de la prima, es posible que usted ya no sea elegible para inscribirse en ninguno de los planes de Aetna. Acepto hacer copagos y cualquier otro costo compartido directamente a los proveedores de atención de salud, según lo dispuesto en mi póliza. Aetna puede cancelar la cobertura mediante la debida notificación escrita.
3. Autorizo a Aetna a solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes (los que solicitan cobertura en este formulario), así como antecedentes de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacológica necesaria para el procesamiento de mi solicitud y para decidir la aprobación o desaprobación de mi solicitud y/o la de mis dependientes. Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, administradores de beneficios de farmacia o a cualquier otra organización de atención de salud ("Proveedores") que hayan brindado tratamiento o cualquier otro servicio a mí o a cualquiera de mis dependientes que solicitamos cobertura con esta solicitud, a divulgar la información solicitada por Aetna y descrita anteriormente a Aetna y/o a sus agentes designados.
La existencia de dicha información y documentación como la ya descrita será divulgada en esta solicitud. Entiendo que Aetna utilizará esta información para: 1) evaluar esta solicitud de cobertura y determinar elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de póliza e inscripción para todos los solicitantes; 2) administrar reclamos y determinar o cumplir con la responsabilidad de la cobertura y las disposiciones de los beneficios; 3) administrar la cobertura; y 4) realizar otras operaciones de seguro de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales y estatales.
Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, proveedores, 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. Entiendo que esta autorización se proporciona bajo las leyes y reglamentaciones estatales. Esta autorización conservará su validez durante el plazo de la cobertura y, posteriormente, por el tiempo que permita la ley. Entiendo que Aetna cumplirá con las normas de privacidad de la HIPAA y que la información se divulgará bajo las normas de dicha ley federal.
Entiendo y estoy de acuerdo en que Aetna utilizará cualquier información provista en esta solicitud antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar mi solicitud, incluyendo cualquier información médica.
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. En caso de ser aprobada la cobertura, tengo la obligación de comunicar por escrito a Aetna sobre cualquier condición médica que yo o cualquiera de mis dependientes enumerados en esta solicitud tengamos después de la firma de la misma y antes de la fecha de vigencia de la cobertura.
5. Usted puede obtener la información sobre compensación del agente, ya sea a través de su agente o en Aetna.com.
6. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery, todos los proveedores y prestadores participantes son contratistas independientes y no son asesores de seguros 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.

M. Firma(s) requerida(s) - Todos los solicitantes de 18 años de edad o mayores deben firmar y poner la fecha a continuación.

Si el solicitante es menor de edad, la solicitud debe estar firmada por alguno de sus padres o su guardián legal.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera, completa, y que fue correctamente registrada por mí. He leído, comprendido y estoy de acuerdo con las condiciones de inscripción que figuran en esta solicitud. Entiendo que la información provista en esta solicitud será decisiva para la aprobación de mi solicitud y que cualquier distorsión y/o error en dicha información será motivo de cancelación/terminación de la cobertura que estoy solicitando.

Toda persona que, conscientemente y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamo o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

ENTIENDO QUE SI MI FIRMA/FECHA NO FIGURAN Y/O NO SON VIGENTES Y/O MIS RESPUESTAS SON INCOMPLETAS, mi solicitud será rechazada.

Una vez que presente esta solicitud, es posible que un representante de Aetna se comunique con usted por teléfono en cualquier momento para completar su solicitud y el proceso de evaluación de riesgos. Podrá confirmar la identidad de la persona que llama. Por favor, no responda a ninguna pregunta si no está conforme con la identidad de la persona que llama. La persona que llama le proporcionará un número para confirmar su identidad. Por favor, comuníquese por teléfono si tiene alguna duda o problema relacionado con la llamada o con el proceso durante la llamada.

Firma del solicitante/padre o guardián legal	Fecha de hoy	Firma del cónyuge del solicitante (si solicita cobertura)	Fecha de hoy
Firma del dependiente (mayor de edad)	Fecha de hoy	Firma del dependiente (mayor de edad)	Fecha de hoy

Número de seguro social del solicitante									

Número de identificación de la solicitud									

N. Información importante para el solicitante. Por favor leer cuidadosamente.

1. La cobertura puede ser rechazada, o pueden hacerse ajustes en las primas, sobre la base de la información proporcionada a Aetna durante el procesamiento de esta solicitud. En caso de ser rechazada la solicitud, usted recibirá una carta en la que se le notifica que su solicitud no fue aceptada. Los detalles específicos se mantendrán confidenciales. Si se niega la cobertura a todos los miembros que figuran en la solicitud, el cheque original será devuelto directamente al solicitante.
2. **No** cancele otra cobertura actualmente en vigor hasta que no reciba notificación por escrito de Aetna que indique que su solicitud fue aprobada y tanto usted como sus dependientes cubiertos tengan en su poder la(s) tarjeta(s) de identificación de miembro con la fecha de vigencia de la cobertura.

OPCIONES DE PAGO

O. Easy Pay (al seleccionar esta opción usted está aceptando la extracción automática de su prima inicial y de todos los pagos de primas subsiguientes).

Sí, me gustaría utilizar Easy Pay.

Número de cuenta corriente: _____

Número de ruta:

Nombre del banco: _____

Nombre(s) en la cuenta corriente: _____

No, no deseo utilizar Easy Pay. Por favor, envíenme la factura todos los meses.



Número de ruta Número de cuenta Número del cheque

Términos del acuerdo: mi(s) cuenta(s) en la institución nombrada cuenta(n) con fondos suficientes para pagar todos los débitos y cargar los créditos. Aetna iniciará entradas de débitos electrónicos, cargos o créditos para el pago de primas/cargos para las pólizas autorizadas, y las entradas constituirán mi recibo de transacción. No existe pago a Aetna hasta que Aetna no reciba el saldo completo y final por el pago. Entiendo que las correcciones en las entradas pueden incluir un ajuste de cuenta, y que mi **pago electrónico directo de la prima de Aetna será debitado/acreditado en la fecha de vencimiento de la prima o en fecha posterior, todos los meses. No se emitirá ninguna factura.** Entiendo que al marcar el anterior casillero que dice "Sí" y por medio de la firma de la solicitud en la **Página 6, Sección M**, estoy aceptando los términos del acuerdo de Easy Pay.

Cualquier ajuste de tarifas realizado de acuerdo con la evaluación de riesgos será automáticamente cargado a su cuenta. Por favor tenga en cuenta que dicho ajuste de tarifas puede traer como consecuencia un aumento del 25 al 150% de la prima estándar.

NOTA: el pago inicial de la prima se deducirá luego de la aprobación de su solicitud. Aetna se reserva el derecho de rechazar/terminar los servicios de pago electrónico en cualquier momento. Este acuerdo se mantiene vigente hasta que Aetna/el miembro decida terminarlo. Para las cuentas conjuntas se requiere la firma de TODAS las personas autorizadas de la cuenta (**Página 6, Sección M**) aun si no solicitan cobertura.

P. Opción de pago con tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard		Nombre del titular de la tarjeta (exactamente como aparece en la tarjeta)	
Número de cuenta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Fecha de vencimiento de la tarjeta	Código de verificación de la tarjeta* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

El pago con tarjeta de crédito puede utilizarse sólo para la prima inicial y será cargado luego de la aprobación de su solicitud. Recibirá una factura para su próximo pago de la prima.

Cualquier ajuste de tarifas realizado de acuerdo con la evaluación de riesgos será automáticamente cargado a su cuenta. Por favor tenga en cuenta que dicho ajuste de tarifas puede traer como consecuencia un aumento del 25 al 150% de la prima estándar.

*El código de verificación se encuentra al dorso de su tarjeta de crédito. Este código de tres dígitos en general está formado por los últimos tres dígitos situados en el espacio para la firma.

Q. Pago con cheque personal o giro postal

Por favor, incluya un cheque personal o giro postal pagadero a "Aetna" y adjúntelo a su solicitud completa.

R. Declaración de responsabilidad - Debe completarse en caso de que el solicitante no pueda o no haya completado la solicitud.

Yo, _____, leí y completé personalmente la solicitud individual para el solicitante que se nombra a continuación porque:
 El solicitante no lee inglés El solicitante no habla inglés El solicitante no escribe en inglés
 Otro (explique): _____

Traduje el contenido de esta solicitud y, a mi leal saber, obtuve e incluí todos los antecedentes médicos y personales requeridos divulgados por:

También traduje y expliqué en detalle las "Condiciones y Acuerdo".

Firma del traductor (**obligatorio**) _____ Fecha de hoy (**obligatorio**) _____

Relación con el solicitante _____

Número de seguro social del solicitante							

Número de identificación de la solicitud							

S. Información para el asesor de seguros (si corresponde)

1. ¿Conoce alguna información no divulgada en esta solicitud referida a la salud, los hábitos o la reputación de cualquier persona que figura en la misma, que pueda tener relación con el riesgo? En caso afirmativo, adjunte una explicación.		Agente general <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Corredor de seguros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Vio al solicitante propuesto en el momento en que se ejecutaba esta solicitud? En caso negativo, por favor explique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Firma del asesor de seguros (obligatorio)			Firma del agente general (obligatorio, si corresponde)		
Fecha	Dirección de correo electrónico		Fecha	Dirección de correo electrónico	
Nombre del asesor o agencia de seguros que será asignada como agente de registro (en letra de imprenta)			Nombre del agente general (en letra de imprenta)		
Número de identificación fiscal (TIN) del asesor o agencia de seguros que será asignada como agente de registro			Número de identificación fiscal (TIN) del agente		
Dirección completa (Calle, Suite N°/Casilla postal N° [PMB], Ciudad/Estado/Código postal)			Dirección completa (Calle, Suite N°/Casilla postal N° [PMB], Ciudad/Estado/Código postal)		
Número de teléfono ()	Número de FAX ()		Número de teléfono ()	Número de FAX ()	

T. Representante de ventas de Aetna

Firma del representante de ventas (obligatorio)		Fecha
Apellido del representante de ventas (en letra de imprenta)	Nombre del representante de ventas (en letra de imprenta)	Número de licencia

U. Instrucciones

Por favor, repase estas instrucciones.

- El solicitante debe completar la solicitud. Usted es responsable de garantizar que la información incluida en la solicitud sea correcta, completa y veraz.
- Complete con letra legible y use tinta azul o negra. Por favor, no utilice lápiz ni corrector líquido.
- Esta solicitud debe ser recibida por el equipo de evaluación de riesgos de Aetna dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la firma.
- Toda distorsión de la información incluida en esta solicitud puede ocasionar la cancelación de la cobertura.
- Su seguro será vigente sólo si esta solicitud es aprobada tal como se presentó y si se adjunta la prima correspondiente.

Usted no es elegible para la cobertura si la solicitante está actualmente embarazada (esté o no incluida en esta solicitud) o en proceso de adopción; o si cualquiera de los solicitantes no ciudadanos no ha residido en los Estados Unidos durante los últimos seis (6) meses consecutivos.

No se garantiza la cobertura hasta que no haya sido aprobada por Aetna. No cancele su cobertura actual hasta que Aetna le notifique de su aprobación y hasta que sea vigente su cobertura de Aetna.

V. Fecha de vigencia

Las fechas se asignan el 1º y el 15 de cada mes. Si no ha seleccionado ninguna, en la evaluación de riesgos se le asignará la primera fecha disponible.

Para evitar demoras en la evaluación, por favor repase:

- Datos faltantes o información incompleta como por ejemplo:
 - Peso Y altura
 - Fecha de nacimiento
 - Dirección y número de teléfono del médico
- Dirección postal incompleta incluyendo ciudad, estado y código postal.
- Respuestas incompletas en todas las secciones de la solicitud. Si una pregunta sobre su salud no se aplica a usted, la respuesta debe ser "No".

Si se necesita información o explicaciones adicionales adjunte más páginas. **Todos los adjuntos deben estar firmados y fechados.**

W. Opciones de pago

Lea detenidamente las instrucciones que acompañan a cada opción de pago (Página 7, Secciones O, P y Q).

X. Información de contacto

Por favor devuelva esta solicitud al asesor de seguros o preséntela en la dirección que se indica a continuación.

Aetna Advantage Plans, U22N	Fax #: 866-223-2041
P. O. Box 3013	www.aetna.com/members/individuals
Blue Bell, PA 19422-0763	