



Solicitud de inscripción o cambio en la cobertura médica y el reaseguro de exceso de siniestralidad de Aetna Funding Advantage para empleados

Instrucciones: Usted debe completar esta solicitud de inscripción en su totalidad. De lo contrario, le será devuelta y se retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. **Si desea renunciar a la cobertura, complete las secciones A y B.**

Nombre del empleador		Fecha de entrada en vigor	Fecha de contratación	Número de identificación del miembro (si está disponible)
☐ Nueva contratación ☐ Recontratación/reactivación ☐ Nueva inscripción de grupo ☐ Inscripción tardía ☐ Renuncia ☐ Inscripción abierta ☐ Otro _____	☐ Cambiar cobertura ☐ Agregar cónyuge/compañero civil/pareja ☐ Agregar hijo dependiente ☐ Cambiar nombre ☐ Otro _____	☐ Finalización del empleado ☐ Retirar cónyuge/compañero civil/pareja ☐ Retirar hijo dependiente ☐ Cancelar cobertura		☐ COBRA para ☐ empleado ☐ dependiente Duración de la continuación: ☐ 18 ☐ 36 ☐ Otra _____ Fecha original del hecho habilitante _____ Hecho habilitante _____ Motivo _____

A. Información del empleado.

Número de Seguro Social	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		Teléfono de contacto (si podemos comunicarnos con usted por este medio) () -	Código postal laboral	Correo electrónico laboral (si podemos contactarlo por este medio)
Dirección particular	Apto. Número	Ciudad, estado			Código postal de su dirección particular
Dirección de correo (si es distinta a la dirección particular)	Apto. Número	Ciudad, estado			Código postal de correo
Cantidad de horas que trabaja por semana _____		Marque una opción: ☐ Tiempo completo ☐ 1099 ☐ Estacional ☐ COBRA ☐ Medio tiempo ☐ Jubilado ☐ Temporal ☐ Sindicato			

Acuse de recibo del empleado: Entiendo que es fraude presentar una solicitud de cobertura, una solicitud de inscripción o un reclamo que contengan información esencialmente falsa a sabiendas y con intención de estafar. Es ilegal ocultar, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial. Una persona que comete fraude o, de manera intencional, realiza declaraciones falsas sobre hechos sustanciales está sujeta a sanciones civiles y puede ser acusada de cometer un delito. Si usted comete fraude o, de manera intencional, realiza declaraciones falsas sobre hechos sustanciales, su cobertura podrá cancelarse o sus tarifas podrán aumentarse conforme a la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

Certifico que toda la información y las declaraciones provistas en esta solicitud de inscripción son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Tengo autoridad para hacer declaraciones en nombre de los dependientes mencionados en esta solicitud. Si después de haber completado esta solicitud de inscripción, pero antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, tomo conocimiento de cualquier otra información que cambie alguna de las respuestas brindadas o me obligue a informar algo que no haya informado aquí, acepto brindar esa información a Aetna lo antes posible.

Condiciones de inscripción: Entiendo y acepto que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura, y que no habrá cobertura a menos que y hasta tanto Aetna apruebe esta solicitud de inscripción y la solicitud del empleador. Acepto que mi empleador o su agente envíen esta solicitud de inscripción a Aetna. Autorizo a todos mis médicos, farmacias, hospitales y otros proveedores de atención de salud ("proveedores") a brindar a Aetna toda la información personal de salud sobre mí o sobre las demás personas incluidas en esta solicitud. Esta autorización comprende todos los asuntos relacionados con la salud, incluidos aquellos sobre salud mental, abuso de sustancias y VIH o sida. Además, autorizo a Aetna a usar esta información y a divulgarla a filiales, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, prestadores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi atención o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan de salud o actividades relacionadas. He analizado los términos de esta autorización con mi cónyuge y con mis dependientes adultos competentes, y he obtenido su consentimiento sobre dichos términos. Esta autorización conservará su validez durante el plazo de la cobertura y, posteriormente, por el tiempo que permita la ley. Entiendo que me corresponde recibir una copia de esta autorización cuando la solicite y que la fotocopia tiene la misma validez que el original.

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

X Firma del empleado _____ Fecha (mes/día/año) _____

B. Rechazo o renuncia – Debe completarse si un empleado o los miembros de su familia que cumplen los requisitos rechazan o rehúsan la cobertura médica.

Reconozco que se me ha dado el derecho a solicitar esta cobertura; sin embargo, elijo no inscribirme. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que yo o mis dependientes tengamos que esperar hasta la próxima fecha de aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo. Yo y mis dependientes hemos tomado esta decisión por cuenta propia, sin presiones de mi empleador, el agente de mi empleador o la compañía de seguros.

Se rechaza la cobertura médica para: ☐ Empleado ☐ Cónyuge/compañero civil/pareja ☐ Hijos	Firma del empleado SOLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o los dependientes. X Firma del empleado _____ Fecha (mes/día/año) _____
---	--

C. Selección de la cobertura médica

Opción de plan _____

D. Otra cobertura médica – Enumere cualquier persona que tendrá otra cobertura de seguro de salud al mismo tiempo que esta cobertura.

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

E. Cobertura de Medicare – Enumere las personas cubiertas por Medicare.

Nombre de la persona	Medicare Parte A	Medicare Parte B	Medicare Parte D	Mayor de 65 años	Discapacidad	Fecha efectiva de enfermedad renal en etapa terminal
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	

F. Personas que se inscriben – Enumere las personas a quienes inscribe o agrega, cambia o retira de la cobertura. Si necesita más espacio, marque aquí ☐ y use una hoja aparte.

(A)gregar (C)ambiar (R)etirar	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Sexo (M/F)	Número del seguro social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura	Peso	Uso de tabaco o nicotina (incluyendo cigarrillos electrónicos)	Información de los dependientes (Enumere ciudad, estado y código postal de cualquier dependiente que viva en otra dirección)
	☐ Empleado 1.						☐ Sí ☐ No	N/A
	☐ Cónyuge ☐ Compañero civil ☐ Pareja 2.						☐ Sí ☐ No	
	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro 3.						☐ Sí ☐ No	
	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro 4.						☐ Sí ☐ No	
	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro 5.						☐ Sí ☐ No	

G. Cuestionario de salud – Complete para todas las personas que se inscriben en la cobertura.

¿Usted o alguna de las personas que solicitan cobertura consultaron a un profesional de la salud o este los examinó, les realizó un diagnóstico o los trató en los últimos cinco (5) años por alguna enfermedad, lesión o afección de salud de las categorías que se enumeran abajo? Si la respuesta es “Sí”, marque la casilla que mejor describa las afecciones y explique en detalle abajo.

1. Cáncer, tumores o quistes ☐ Sí ☐ No

☐ Cerebro ☐ Seno ☐ Esófago ☐ Estómago ☐ Colon ☐ Leucemia ☐ Linfoma ☐ Mieloma múltiple ☐ Riñón ☐ Hígado ☐ Pulmón ☐ Melanoma ☐ Páncreas ☐ Próstata
☐ Testículo ☐ Cervical ☐ Ovario ☐ Útero ☐ Garganta ☐ Tiroides ☐ Otro cáncer (tipo y ubicación _____) ☐ Tumor benigno (tipo y ubicación _____)

Fecha del diagnóstico _____ **Estadio del cáncer (0-4)** _____ (si lo conoce) **Categoría del cáncer (in situ, localizado, regional, distante)** _____ (si la conoce)

Tratamiento: ☐ Fecha de la cirugía _____ ☐ Período de quimioterapia _____ ☐ Período de radiaciones _____
☐ Remisión ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es "Sí", proporcione la fecha de remisión** _____

G. Cuestionario de salud (continuación)

2. Enfermedades cardíacas o vasculares ☐ Sí ☐ No	
☐ Aneurisma (ubicación _____) ☐ Obstrucción de arterias (p. ej., carótida, corazón, abdomen, piernas) ☐ Ataque cardíaco ☐ Trastorno de las válvulas cardíacas ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva ☐ Miocardiopatía ☐ Ritmo cardíaco irregular o anormal ☐ Ataque cerebral ☐ Vasculitis (tipo _____) ☐ Bypass/angioplastia/stent (ubicación _____) ☐ Marcapasos o desfibrilador cardíaco ☐ Otro (especificar detalles abajo)	
3. Trastornos de la sangre o de coagulación ☐ Sí ☐ No	
☐ Hemofilia (especificar tipo abajo) ☐ Anemia (especificar tipo abajo; p. ej., falciforme, hemolítica, aplásica) ☐ Coágulos sanguíneos ☐ Otros (especificar detalles abajo)	
4. Afecciones ginecológicas o del aparato reproductor ☐ Sí ☐ No	
☐ Embarazo en curso: especificar si la persona que espera un hijo es el cónyuge, un hijo dependiente u otra persona, incluso si no está incluida en la solicitud (fecha probable de parto _____, en caso de embarazo múltiple, cantidad _____; complicaciones _____) ☐ Intención de adoptar ☐ Infertilidad ☐ Otras afecciones ginecológicas (especificar detalles abajo)	
5. Enfermedades gastrointestinales o del sistema endocrino ☐ Sí ☐ No	
☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Crohn/colitis ulcerativa ☐ Hepatitis autoinmune ☐ Hepatitis B (especificar abajo si es aguda o crónica) ☐ Hepatitis C (si está curada, especificar cuándo finalizó el tratamiento _____) ☐ Cirrosis ☐ Pankreatitis ☐ Trastorno de crecimiento ☐ Trastorno de las glándulas suprarrenales, pituitaria o tiroidea (especificar tipo abajo) ☐ Otros trastornos de la vesícula biliar, del estómago, del páncreas, del hígado o del colon (especificar tipo abajo)	
6. Enfermedades del cerebro o neurológicas ☐ Sí ☐ No	
☐ Esclerosis lateral amiotrófica ☐ Parálisis cerebral ☐ Neuropatía/polineuropatía ☐ Esclerosis múltiple ☐ Miastenia grave ☐ Distrofia muscular ☐ Trastorno o lesión del cerebro o de la médula espinal ☐ Parálisis, cuadriplejía o paraplejía ☐ Otra (especificar detalles abajo)	
7. Enfermedades del sistema inmunológico o dermatológicas ☐ Sí ☐ No	
☐ VIH o sida ☐ Trastorno por inmunodeficiencia ☐ Trastorno del tejido conectivo (especificar tipo abajo; p. ej., lupus, esclerodermia) ☐ Angioedema hereditario ☐ Trastornos de la piel (especificar tipo abajo; p. ej., psoriasis, eccemas, úlceras, infecciones) ☐ Otra (especificar detalles abajo)	
8. Enfermedades de los pulmones o del sistema respiratorio ☐ Sí ☐ No	
☐ Fibrosis quística ☐ EPOC, bronquitis crónica, enfisema ☐ Hipertensión pulmonar ☐ Fibrosis pulmonar ☐ Otra (especificar tipo abajo; p. ej., asma, sarcoidosis, etc.)	
9. Enfermedades urinarias o renales ☐ Sí ☐ No	
☐ Trastorno o enfermedad renal (especificar tipo abajo) ☐ Insuficiencia renal ☐ Diálisis: fecha de inicio _____ ☐ Diálisis posible dentro de los próximos 18 meses ☐ Trastorno de la vejiga ☐ Enfermedades de la próstata ☐ Otra (especificar detalles abajo)	
10. Enfermedades musculoesqueléticas ☐ Sí ☐ No	
☐ Artritis reumatoide o psoriásica (especificar tipo abajo) ☐ Trastornos de espalda/cuello/columna vertebral ☐ Trastorno de las articulaciones (especificar ubicación; p. ej., caderas, rodillas, hombros) ☐ Dolor crónico ☐ Osteomielitis ☐ Amputaciones ☐ Otra (especificar detalles abajo)	
11. Enfermedades de salud mental o abuso de sustancias ☐ Sí ☐ No	
☐ Abuso de drogas o alcohol (especificar tipo abajo) ☐ Trastorno alimenticio ☐ Ansiedad/depresión ☐ Trastorno bipolar ☐ Esquizofrenia ☐ Intento de suicidio ☐ Trastorno de conducta/de oposición desafiante ☐ Autismo ☐ Terapia de análisis aplicado del comportamiento ☐ Otra (especificar detalles abajo)	
12. Trasplantes ☐ Sí ☐ No	
☐ Trasplante de órganos o de médula ósea/células madre realizado (fecha _____) ☐ Trasplante futuro planificado/programado (fecha _____) ☐ Trasplante analizado/recomendado/posible dentro de los próximos 18 meses ☐ Complicaciones del trasplante ☐ Otro (especificar detalles abajo)	

Continúa en la página siguiente.

G. Cuestionario de salud (continuación)

13. Enfermedades hereditarias o de nacimiento ☐ Sí ☐ No							
☐ Nacimiento prematuro (edad gestacional: _____ semanas) ☐ Defecto congénito ☐ Trastorno metabólico/genético ☐ Algún síndrome (especificar detalles abajo) ☐ Otra (especificar detalles abajo)							
14. Enfermedades de los ojos, los oídos, la nariz o la garganta ☐ Sí ☐ No							
☐ Neuroma acústico ☐ Cataratas ☐ Labio leporino o paladar hendido ☐ Tabique desviado ☐ Glaucoma ☐ Retinopatía ☐ Infección crónica del oído ☐ Sinusitis crónica ☐ Otras (especificar detalles abajo)							
15. Medicamentos ☐ Sí ☐ No							
Medicamentos que toma actualmente: Persona _____ cantidad de medicamentos _____ Persona _____ cantidad de medicamentos _____ (detalle los nombres de los medicamentos y los diagnósticos abajo)							
Medicamentos tomados durante los últimos 12 meses: Persona _____ cantidad de medicamentos _____ Persona _____ cantidad de medicamentos _____ (detalle los nombres de los medicamentos y los diagnósticos abajo)							
16. Discapacidad ☐ Sí ☐ No							
Motivo: ☐ Incapacitado ☐ Discapacitado ☐ Trastorno congénito ☐ Otro (especificar detalles abajo)							
17. Otras afecciones ☐ Sí ☐ No (especificar detalles abajo)							
☐ Hospitalizaciones en los últimos 5 años ☐ Futuras cirugías u hospitalizaciones analizadas/planificadas/recomendadas/programadas o posibles dentro de los próximos 18 meses ☐ Otras afecciones que no se hayan mencionado en esta solicitud							
Especifique abajo los detalles de todas las veces que respondió “Sí” arriba. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja. El solicitante debe fechar y firmar todos los adjuntos.							
Preg. N.º	Nombre de la persona inscrita	Condiciones/ diagnóstico	Fecha diagnóstico	Tratamiento: (incluir cirugías, hospitalizaciones, equipo médico duradero, suministros, etc.)	Nombres de los medicamentos (incluir los que son por vía oral, inyectables, intravenosos, tópicos, por vía nasal, inhalación, etc.)	Fechas de tratamiento	¿El tratamiento está en curso? Si la respuesta es “Sí”, brinde detalles de los tratamientos actuales o futuros.