



Solicitud de inscripción/cambio para pequeñas empresas de Nueva Jersey

Aetna Health Inc. / Aetna Life Insurance Company

Información de grupo de empleador – Debe ser completado por el empleador.

Nombre de grupo			
Solo HMO – Grupo N.º		Código de clase	
Solo PPO – Grupo N.º		Sufijo	Cuenta N.º
		Plan N.º	

A. Tipo de actividad – Debe ser completado por el empleador. Para agregar, cambiar o retirar la cobertura de los dependientes que superan la edad límite, pero son menores de 31, debe completarse el formulario de Aetna denominado “Formulario de información suplementaria para la inscripción (ley HINT) conforme a P.L. 2005, c. 375”. Consulte las instrucciones de la página 3 antes de completar esta solicitud. Por favor, complete con letra legible.

1. Inscripción <input type="checkbox"/> Nuevo inscrito/solicitante Fecha de vigencia ____ / ____ / ____ Fecha de contratación ____ / ____ / ____	2. Cambio – Marque todo lo que corresponda.														
	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/compañero civil <input type="checkbox"/> Agregar pareja <input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Agregar/cambiar número de identificación del consultorio médico/dental primario ____ / ____ / ____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha del evento</th> <th>Motivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Fecha del evento	Motivo	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____
Fecha del evento	Motivo														
____ / ____ / ____	_____														
____ / ____ / ____	_____														
____ / ____ / ____	_____														
____ / ____ / ____	_____														
____ / ____ / ____	_____														
____ / ____ / ____	_____														
3. Retirar o terminar – Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/compañero civil* <input type="checkbox"/> Retirar pareja* <input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente* <input type="checkbox"/> Retiro/terminación del empleado NOTA: El empleado debe estar inscrito para que el cónyuge, el compañero civil o los dependientes tengan cobertura. * Por favor, complete las columnas correspondientes a Agregar/Cambiar/Retirar y a Nombre en la sección D.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha de vigencia</th> <th>Motivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>____ / ____ / ____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Fecha de vigencia	Motivo	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____	_____	4. Continuación de cobertura, por ejemplo, COBRA, plan estatal, incapacidad total – No todas las opciones están disponibles o corresponden. Comuníquese con el empleador para conocer las opciones disponibles. Cobertura para <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge/compañero civil* <input type="checkbox"/> Dependientes Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 29 meses <input type="checkbox"/> 36 meses <input type="checkbox"/> Incapacidad total** Fecha de pérdida de cobertura: ____ / ____ / ____ Fecha del evento calificador: ____ / ____ / ____ * Los compañeros civiles pueden hacer una elección conforme a la ley de continuación de cobertura NJSGC, si corresponde. ** Adjunte prueba de incapacidad total.			
Fecha de vigencia	Motivo														
____ / ____ / ____	_____														
____ / ____ / ____	_____														
____ / ____ / ____	_____														
____ / ____ / ____	_____														

B. Información del empleado – Complete las secciones B a I.

N.º de seguro social	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		Teléfono de residencia ()
Dirección de residencia	Apto. N.º	Ciudad, estado	Código postal
Nombre del empleador	Dirección de correo electrónico		Teléfono del trabajo ()
Dirección del trabajo	Ciudad, estado		Código postal
Período de contratación	Horas trabajadas por semana		

C. Opciones de planes médicos – Su empleador debe ofrecer el plan que usted elija.

Marcar una.

<input type="checkbox"/> NJ HMO: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	<input type="checkbox"/> NJ HMO compatible con HSA sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____
<input type="checkbox"/> NJ HMO sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	Administración del plan: <input type="checkbox"/> Año calendario <input type="checkbox"/> Año del plan
<input type="checkbox"/> NJ HMO costo compartido: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	<input type="checkbox"/> Planes estándares de beneficios de salud
<input type="checkbox"/> NJ HMO costo compartido sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	<input type="checkbox"/> NJ HMO: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____
<input type="checkbox"/> NJ HMO compatible con HSA sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	<input type="checkbox"/> NJ POS: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____
Administración del plan: <input type="checkbox"/> Año calendario <input type="checkbox"/> Año del plan	<input type="checkbox"/> NJ Indemnity: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____
<input type="checkbox"/> NJ POS: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	<input type="checkbox"/> Otro plan: _____
<input type="checkbox"/> NJ POS sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	
<input type="checkbox"/> NJ POS costo compartido: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	
<input type="checkbox"/> NJ POS costo compartido sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx: _____	

D. Personas cubiertas – Lista de personas a quienes usted agrega/cambia/retira de la cobertura. Adjunte una hoja para incluir hijos adicionales. Adjunte prueba de incapacidad.

	(A) Agregar (C) Cambiar (R) Retirar	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Sexo		Fecha de nacimiento			N.º de seguro social	Otra cobertura de medicamentos con receta	Otra cobertura de salud	Cobertura previa Marque en caso afirmativo	N.º de identificación (ID) del consultorio médico/dental primario N.º de NPI (identificador nacional de proveedores)	Paciente actual
			M	F	MM	DD	AAAA						
Empleado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio	Si	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NPI	<input type="checkbox"/>	
Cónyuge/compañero civil			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio	Si	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NPI	<input type="checkbox"/>	
Pareja			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio	Si	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NPI	<input type="checkbox"/>	
Hijo*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio	Si	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NPI	<input type="checkbox"/>	
Hijo*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio	Si	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NPI	<input type="checkbox"/>	
Hijo*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio	Si	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NPI	<input type="checkbox"/>	

E. Declaración de enfermedades preexistentes – Marque todo lo que corresponda.

NOTA: Complete la información para todas las personas que solicitan cobertura y tienen 19 años de edad o más. Esta sección no se aplica a personas menores de 19 años. Complétela si se inscribe por primera vez, salvo si lo hace en un plan de beneficios de salud de grupo de pequeños empleadores que tengan más de 5 empleados. También complétela en el caso de todas las personas inscritas fuera de plazo. Esta información **SOLO** puede usarse para establecer la existencia de una enfermedad preexistente. A usted **NO PUEDEN** negarle la cobertura de un plan de beneficios de salud sobre la base de respuestas precisas a las siguientes preguntas. Las compañías de seguros solo pueden utilizar la información para acelerar el procesamiento de reclamos.

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1. En los últimos 6 meses, ¿usted o alguno de los dependientes que solicitan cobertura y tienen 19 años o más tuvieron alguno de los siguientes problemas o fueron diagnosticados con estos? Si respondió "Sí", marque los casilleros correspondientes a continuación.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. Alcoholismo o abuso de drogas <input type="checkbox"/> b. Artritis <input type="checkbox"/> c. Trastornos de la sangre <input type="checkbox"/> d. Trastornos o lesión en espalda o cuello <input type="checkbox"/> e. Cáncer o tumores <input type="checkbox"/> f. Diabetes <input type="checkbox"/> g. Trastornos gástricos o intestinales <input type="checkbox"/> h. Enfermedades o trastornos cardíacos, o dolor en el pecho <input type="checkbox"/> i. Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> j. Trastornos renales o hepáticos <input type="checkbox"/> k. Trastornos pulmonares o respiratorios, o dolor al respirar <input type="checkbox"/> l. Trastornos mentales o nerviosos <input type="checkbox"/> m. Parálisis, ataque cerebral o epilepsia
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	2. En los últimos 6 meses, ¿usted o alguno de los dependientes que solicitan cobertura y tienen 19 años o más atravesaron alguna de las siguientes situaciones?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. ¿Fueron examinados o tratados por un médico u otro proveedor de atención de salud por alguna afección, enfermedad o lesión diferente de las enumeradas arriba?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿Recibieron recomendación de tratamiento, cirugía o pruebas que no se realizaron?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿Fueron admitidos en un hospital u otro centro de atención de salud como paciente interno?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿Tomaron medicamentos con receta?

Brinde información detallada en una hoja separada si respondió "Sí" a cualquier parte de las preguntas 1 o 2. Dicha hoja debe estar firmada y fechada.

F. Otro cobertura/cobertura anterior

¿Su cónyuge/compañero civil/pareja tiene empleo? Sí No Si marcó "Sí", escriba el nombre y la dirección del empleador de su cónyuge/compañero civil/pareja.

Si marcó "Sí" en "Otra cobertura de salud" (sección D), indique el nombre y número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente. Si está inscrito en Medicare Parte A o Parte B, señale la cobertura y brinde el número de identificación de Medicare.

Si marcó "Sí" en "Otra cobertura de medicamentos con receta" (sección D), indique el nombre y número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente.

Si marcó "Sí" en "Cobertura previa", indique el nombre de las personas, la fecha de vigencia y la fecha de terminación de la cobertura, el nombre de la compañía de seguros anterior y el número de plan, y presente una copia del certificado de cobertura comprobable emitido por la compañía de seguros anterior, si está disponible.

G. Información sobre dependientes

¿Alguno de los dependientes detallados en la sección D vive en una dirección diferente de la del empleado? Sí No Si respondió "Sí", ¿quién es y cuál es su dirección?

Explique las circunstancias. Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.

H. Raza/grupo étnico – Debe ser completado por el empleado (si lo desea). NOTA: Se agradece su respuesta, pero NO es obligatoria.

Elija la categoría que mejor lo describa:

- Indígena americano o nativo de Alaska Negro, no de origen hispano Hispano
 Asiático o nativo de una isla del Pacífico Blanco, no de origen hispano

Si tiene preguntas sobre los beneficios y servicios incluidos o excluidos según este acuerdo, contáctese con un representante de Servicios al Cliente antes o después de firmar esta solicitud. Llame al 1-800-702-3862 (para productos HMO o POS) o al 1-888-802-3862 (para productos Traditional o PPO).

I. Firma del empleado

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa. Por la presente, acepto las condiciones de inscripción que figuran en el reverso de la copia del empleado de esta solicitud de inscripción/cambio. Autorizo a que se realicen deducciones de mis ingresos para las contribuciones requeridas.

Firma del empleado - obligatorio X	Dirección de correo electrónico del empleado	Fecha
---------------------------------------	--	-------

J. Verificación del empleador (debe ser completado por el empleador)

Firma del empleador - obligatorio X	Tratamiento (Sr./Sra./Srta.)	Fecha
--	------------------------------	-------

La copia del empleado puede ser utilizada como tarjeta de identificación temporal durante 30 días a partir de la fecha de vigencia si así lo autoriza el empleador. Debe verificarse la cobertura con Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company antes de visitar a un especialista o de ser admitido en un hospital.

Instrucciones

Empleador

- Complete el cuadro “Información de grupo de empleador” que se encuentra en la esquina superior derecha de la solicitud.
- **Sección A – Tipo de actividad:** Marque los casilleros que indican los motivos para presentar la solicitud.
 - Complete la **sección J, “Verificación del empleador”**, en la página 3 de esta solicitud.
 - El empleador debe completar esta sección para todas las nuevas inscripciones, cambios de cobertura o terminaciones de cobertura.
 - El empleador debe firmar y fechar la solicitud de inscripción/cambio para que esta sea procesada.

Empleado – Complete las secciones B a I.

Sección B – Información del empleado:

- Complete toda la información para que su solicitud sea procesada.

Sección C – Opciones de planes médicos:

- Marque un casillero de opción de plan e indique el nombre de la opción de plan (donde corresponda), y marque un copago.
- Seleccione solo una opción que ofrezca su empleador.

Sección D – Personas cubiertas:

- No complete esta solicitud para dependientes que superan los 26 años, pero son menores de 31; debe completarse el formulario de Aetna denominado “Formulario de información suplementaria para la inscripción (ley HINT) conforme a P.L. 2005, c. 375”.
- Agregar/Cambiar/Retirar – Use “A”, “C” o “R” para indicar si usted desea agregar, cambiar o retirar la cobertura para una persona.
- Escriba su nombre completo y el de su(s) dependiente(s) en letra de imprenta, si corresponde. Indique sexo, fecha de nacimiento y número de seguro social de cada una de las personas enumeradas.
- Si un dependiente está incapacitado y continuará cubierto cuando supere los 26 años, adjunte prueba de incapacidad.
- Si usted o su(s) dependiente(s) tienen otra cobertura de salud o de medicamentos con receta, marque “Sí” en los casilleros correspondientes y complete la sección F, “Otro seguro/seguro anterior”.
- Si un dependiente está incapacitado y depende económicamente de usted, marque “Sí” y brinde prueba del estado de incapacidad expedida por el médico tratante.
- Busque el número de identificación compuesto por **6 dígitos** del consultorio del médico o dentista de cuidado primario (si corresponde) en el directorio correspondiente. Indique dicho número en la solicitud.
- Puede saber el número de NPI si se lo solicita a cada proveedor directamente. Los proveedores con múltiples consultorios y los proveedores individuales que pertenecen a más de una práctica o entidad de proveedores pueden tener más de un número de NPI. Llame directamente al consultorio para confirmar el número de NPI correcto del proveedor específico y del consultorio donde se atenderá.
- Si usted es paciente actual, marque el casillero que dice “Sí” debajo de “Paciente actual”.

Sección E – Declaración de enfermedades preexistentes:

Complete esta sección para todas las nuevas inscripciones de personas de 19 años o más. Esta sección no se aplica a personas menores de 19 años.

Excepciones para la cobertura de grupo de pequeños empleadores: Esta sección debe ser completada solo por personas que se inscriben para la cobertura en un grupo de 2 a 5 empleados, y por personas que se inscriben fuera de plazo.

Continúa en la página siguiente.

Instrucciones (continuación)

Empleado – Complete las secciones B a I.

Sección F – Otro cobertura/cobertura anterior:

Complete esta sección para todas las nuevas inscripciones o cambios de cobertura. La cobertura incluye cobertura de grupo, cobertura gubernamental, plan de iglesia o Medicare.

Sección G – Información sobre dependientes:

Complete esta sección para todas las nuevas inscripciones o cambios de cobertura.

Sección I – Firma del empleado:

- Complete esta sección para todas las nuevas inscripciones, cambios de cobertura o terminaciones de cobertura.
- El empleado debe firmar y fechar la solicitud de inscripción/cambio para que esta sea procesada.

Sección J – Verificación del empleador:

- El empleador debe completar esta sección para todas las nuevas inscripciones, cambios de cobertura o terminaciones de cobertura.
- El empleador debe firmar y fechar la solicitud de inscripción/cambio para que esta sea procesada.

Condiciones de inscripción

Reconocimiento y aceptación del solicitante

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

1. a. Autorizo a que las fuentes indicadas den a Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company información sobre mí y mis hijos menores, si se solicita cobertura. Dicha información estará relacionada con empleo, otra cobertura de salud, y asesoramiento, tratamiento o suministros médicos para cualquier enfermedad física o mental. Las fuentes autorizadas son un médico o profesional médico; cualquier hospital, clínica u otro centro de atención médica; cualquier compañía de seguros; cualquier empleador.
b. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Estoy de acuerdo en que dicha revocación no afectará ninguna medida que Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company hayan tomado en función de esta autorización. Entiendo que esta autorización no será válida después de 30 meses, en caso de que no haya sido revocada antes.
c. Conozco mi derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito.
d. Acepto que una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.
2. Reconozco que al inscribirme en un plan de Aetna, la cobertura es brindada por Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company de acuerdo con el contrato.
3. Mi inscripción y la de los dependientes enumerados en el plan tendrán vigencia a partir de la aceptación de Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company.
4. La cobertura y los beneficios están sujetos al pago en tiempo y forma de las primas, y pueden ser terminados según se estipula en los documentos del plan. Autorizo a mi empleador a retener pagos de mi salario, según corresponda.

Declaraciones falsas

5. Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de inscripción/cambio para un plan de beneficios de salud está sujeta a sanciones penales y civiles.