



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			
Sólo HMO - Grupo N°		Código de clase	
Sólo PPO - Control N°	Sufijo	Cuenta N°	Plan N°

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 30, debe completarse el formulario de Aetna "Formulario de Información Suplementaria para la Inscripción (ley HINT) Implementando P.L. 2005, c. 375". Consulte las instrucciones de la página 3 antes de completar este formulario. Escriba en letra de imprenta clara.

<p>1. Inscripción</p> <input type="checkbox"/> Nuevo(a) inscripto(a)/afiliado(a) Fecha de vigencia _____ / _____ / _____ Fecha de contratación _____ / _____ / _____	<p>2. Cambio – Marque todo lo que corresponda.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fecha del evento</th> <th>Motivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/compañero civil</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agregar compañero doméstico</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agregar hijo(a) dependiente</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cambio de nombre</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cambio de plan</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agregar/cambiar número de identificación del consultorio del médico primario</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Fecha del evento	Motivo	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/compañero civil	_____ / _____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> Agregar compañero doméstico	_____ / _____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> Agregar hijo(a) 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 del médico primario	_____ / _____ / _____	_____
	Fecha del evento	Motivo																							
<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/compañero civil	_____ / _____ / _____	_____																							
<input type="checkbox"/> Agregar compañero doméstico	_____ / _____ / _____	_____																							
<input type="checkbox"/> Agregar hijo(a) 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 del médico primario	_____ / _____ / _____	_____																							
<p>3. Retirar o terminar – Marque todo lo que corresponda.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fecha de vigencia</th> <th>Motivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/compañero civil*</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retirar compañero doméstico*</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente*</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retiro/terminación del empleado</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>NOTA: El empleado debe estar inscrito para que el cónyuge/compañero civil o el/los dependiente(s) tenga(n) cobertura. * Por favor, complete las columnas correspondientes a <i>Agregar/Cambiar/Retirar</i> y a <i>Nombre</i> en la Sección D.</p>		Fecha de vigencia	Motivo	<input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/compañero civil*	_____ / _____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> Retirar compañero doméstico*	_____ / _____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente*	_____ / _____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> Retiro/terminación del empleado	_____ / _____ / _____	_____	<p>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.</p> <p>Cobertura para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge/compañero civil* <input type="checkbox"/> Dependientes</p> <p>Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 29 meses <input type="checkbox"/> 36 meses <input type="checkbox"/> Incapacidad total**</p> <p>Fecha de pérdida de cobertura: _____ / _____ / _____</p> <p>Fecha del evento calificador: _____ / _____ / _____</p> <p>* Los compañeros civiles pueden hacer una elección conforme a la ley de continuación de cobertura NJSGC, si corresponde. ** Adjunte prueba de incapacidad total.</p>									
	Fecha de vigencia	Motivo																							
<input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/compañero civil*	_____ / _____ / _____	_____																							
<input type="checkbox"/> Retirar compañero doméstico*	_____ / _____ / _____	_____																							
<input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente*	_____ / _____ / _____	_____																							
<input type="checkbox"/> Retiro/terminación del empleado	_____ / _____ / _____	_____																							

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

Número de seguro social	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre		Teléfono de residencia () () ()
Dirección de residencia	Apto. N°	Ciudad, Estado	Código postal
Nombre del empleador	Dirección de correo electrónico		Teléfono del trabajo () () ()
Dirección del trabajo	Ciudad, Estado		Código postal
Fecha de contratación:	Horas trabajadas por semana:		

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

Marcar uno:

<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 _____ Administración del plan: <input type="checkbox"/> Año calendario <input type="checkbox"/> Año del plan
<input type="checkbox"/> NJ HMO sin remisión: Opción de plan _____ Opción de Rx _____	<input type="checkbox"/> NJ PPO Básico de hospital
<input type="checkbox"/> NJ Costo compartido HMO: Opción de plan: _____ Opción de Rx _____	<input type="checkbox"/> NJ PPO First Dollar
<input type="checkbox"/> NJ Costo compartido HMO sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx _____	<input type="checkbox"/> NJ PPO Compatible con HSA: Opción de plan: _____
<input type="checkbox"/> NJ HMO Compatible con HSA 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"/> Planes fuera del estado/Situs PPO: <input type="checkbox"/> \$250 (High) <input type="checkbox"/> \$500 (Medium) <input type="checkbox"/> \$1,000 (Low)
<input type="checkbox"/> NJ POS: Opción de plan: _____ Opción de Rx _____	<input type="checkbox"/> Planes de beneficios de salud estándar: <input type="checkbox"/> NJ HMO: Opción de plan _____ Opción de Rx _____
<input type="checkbox"/> NJ POS sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx _____	<input type="checkbox"/> NJ POS: Opción de plan _____ Opción de Rx _____
<input type="checkbox"/> NJ Costo compartido POS: Opción de plan: _____ Opción de Rx _____	<input type="checkbox"/> NJ Indemnity: Opción de plan _____ Opción de Rx _____
<input type="checkbox"/> NJ Costo compartido POS sin remisión: Opción de plan: _____ Opción de Rx _____	<input type="checkbox"/> Otro plan: _____

D. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted agrega/cambia/retira de la cobertura. Adjunte una hoja para incluir hijos adicionales. Adjunte comprobante si es estudiante de tiempo completo post secundario.

	(A)gregar (C)ambiar (R)etirar	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Sexo		Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Otra cobertura de medicamentos con receta	Otra cobertura de salud	Cobertura previa Marcar si corresponde	Número de identificación (ID) del consultorio médico primario	Paciente actual
			M	F	MM DD AAAA					Número de identificador nacional de proveedores (NPI)	
Empleado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio NPI	Sí <input type="checkbox"/>
Cónyuge/ compañero civil			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio NPI	Sí <input type="checkbox"/>
Compañero doméstico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio NPI	Sí <input type="checkbox"/>
Hijo*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio NPI	Sí <input type="checkbox"/>
Hijo*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio NPI	Sí <input type="checkbox"/>
Hijo*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultorio NPI	Sí <input type="checkbox"/>

E. Declaración de condiciones preexistentes

NOTA: Esta información **SÓLO** puede ser usada para establecer la existencia de una condición preexistente. A usted **NO PUEDEN** negarle la cobertura de un plan de beneficios de salud en base a las respuestas precisas a las siguientes preguntas. Las compañías de seguros sólo 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 tuvieron o fueron diagnosticados con alguno de los siguientes? Si respondió "Sí", marque el/los casillero(s) a continuación.														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> a. Alcoholismo o abuso de drogas</td> <td><input type="checkbox"/> h. Enfermedades o trastornos cardíacos, o dolor en el pecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> b. Artritis</td> <td><input type="checkbox"/> i. Presión sanguínea alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> c. Trastornos de la sangre</td> <td><input type="checkbox"/> j. Trastornos renales o hepáticos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> d. Trastornos de la espalda o del cuello, o lesión</td> <td><input type="checkbox"/> k. Trastorno pulmonar o respiratorio, o dolor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> e. Cáncer o tumores</td> <td><input type="checkbox"/> l. Trastorno mental o nervioso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> f. Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> m. Parálisis, ataque cerebral o epilepsia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> g. Trastornos gástricos o intestinales</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> a. Alcoholismo o abuso de drogas	<input type="checkbox"/> h. Enfermedades o trastornos cardíacos, o dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> b. Artritis	<input type="checkbox"/> i. Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> c. Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> j. Trastornos renales o hepáticos	<input type="checkbox"/> d. Trastornos de la espalda o del cuello, o lesión	<input type="checkbox"/> k. Trastorno pulmonar o respiratorio, o dolor	<input type="checkbox"/> e. Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/> l. Trastorno mental o nervioso	<input type="checkbox"/> f. Diabetes	<input type="checkbox"/> m. Parálisis, ataque cerebral o epilepsia	<input type="checkbox"/> g. Trastornos gástricos o intestinales	
<input type="checkbox"/> a. Alcoholismo o abuso de drogas	<input type="checkbox"/> h. Enfermedades o trastornos cardíacos, o dolor en el pecho															
<input type="checkbox"/> b. Artritis	<input type="checkbox"/> i. Presión sanguínea alta															
<input type="checkbox"/> c. Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> j. Trastornos renales o hepáticos															
<input type="checkbox"/> d. Trastornos de la espalda o del cuello, o lesión	<input type="checkbox"/> k. Trastorno pulmonar o respiratorio, o dolor															
<input type="checkbox"/> e. Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/> l. Trastorno mental o nervioso															
<input type="checkbox"/> f. Diabetes	<input type="checkbox"/> m. Parálisis, ataque cerebral o epilepsia															
<input type="checkbox"/> g. Trastornos gástricos o intestinales																
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	2. En los últimos 6 meses, usted o alguno de los dependientes que solicitan cobertura:														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. ¿fue examinado o tratado por un médico u otro proveedor de atención de salud por alguna condición, enfermedad o lesión diferente a las enumeradas arriba?														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿recibió recomendación de tratamiento, cirugía o pruebas que no se realizaron?														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿fue admitido en un hospital u otro centro de atención de salud como paciente interno?														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿ha tomado medicamentos con receta?														

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

F. Otro seguro/seguro anterior

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

Si marcó "Sí" en **Otra cobertura médica** (Sección D), proporcione el/los nombre(s) y número(s) de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente. Si está inscrito en Medicare Partes A y/o B, indique la cobertura y proporcione el número de identificación (ID) de Medicare.

Si marcó "Sí" en **Otra cobertura de medicamentos con receta** (Sección D), proporcione el/los nombre(s) y número(s) de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente.

Si marcó "Sí" en **Cobertura previa**, indique el/los nombre(s) de la(s) persona(s), proporcione la fecha de vigencia y la fecha de terminación de la cobertura, el nombre de la compañía de seguros previa y número de plan, y presente una copia del certificado de cobertura comprobable emitido por la compañía de seguros previa, si está disponible.

G. Información sobre dependientes

¿Alguno de los dependientes detallados en la Sección D vive en un domicilio diferente al del empleado? Sí No Si marcó "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 Servicio al Cliente antes o después de firmar este formulario. Llame al 1-800-702-3862 (para productos HMO o POS) o al 1-888-802-3862 (para productos Traditional o PPO).

Firma del empleado

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

Firma del empleado - obligatorio	Dirección de correo electrónico	Fecha
X		

Verificación del empleador (Debe ser completado por el empleador)

Firma del empleador - obligatorio	Cargo	Fecha
X		

La copia del empleado puede ser utilizada como tarjeta de identificación (ID) temporal durante 30 días a partir de la fecha de vigencia si fue autorizado por el empleador. La cobertura debe ser verificada por Aetna Health Inc. y/o Aetna Life Insurance Company antes de visitar a un especialista o ser admitido en un hospital.

Instrucciones

Empleador

- Complete la **Información de grupo de empleador** en la esquina derecha superior del formulario.
- **Sección A – Tipo de actividad:** Marque los casilleros que indican el/los motivo(s) para presentar la solicitud.
 - Complete la **Sección J – Verificación del empleador**, en la página 3 de este formulario.
 - El empleador debe completar esta sección para todas las nuevas inscripciones, cambios y terminaciones de cobertura.
 - El empleador debe firmar y fechar el formulario de solicitud de inscripción/cambio para que ésta 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 sólo una opción que ofrezca su empleador.

Sección D – Personas cubiertas:

- No complete este formulario para los dependientes que superan la edad límite, pero son menores de 30 años; debe completarse el formulario de Aetna "Formulario de Información Suplementaria para la Inscripción (ley HINT) Implementando 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 con letra imprenta su nombre completo junto con el/los nombre(s) del/de los dependiente(s), si corresponde. Indique sexo, fecha de nacimiento y número de seguro social para cada persona que incluya.
- Si un dependiente es estudiante de tiempo completo post secundario, usted debe adjuntar un programa del curso actual y una carta de la escuela o su representante autorizado que confirme la condición de estudiante de tiempo completo. Si el dependiente está incapacitado y se solicita continuación de cobertura más allá de la edad límite, adjunte prueba de incapacidad.
- Si usted o su(s) dependiente(s) tienen otra cobertura de salud o de medicamentos con receta, marque el/los casillero(s) "Sí" y complete la Sección F - Otro seguro/seguro anterior.
- Si un dependiente está incapacitado y depende económicamente de usted, marque "Sí" y proporcione prueba del estado de incapacidad expedida por el médico tratante.
- Indique el número de identificación (ID) compuesto por **6 dígitos** del consultorio del médico y/o dentista de atención primaria (si corresponde), a partir del directorio de proveedores correspondiente. Indique la selección de número(s) de identificación (ID) del/de los consultorio(s) en el formulario.
- 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 un paciente actual, por favor marque el casillero "Paciente actual".

Sección E – Declaración de condiciones preexistentes:

Complete esta sección para todas las nuevas inscripciones. **Excepciones** para la cobertura de grupo de pequeño empleador (Small Employer Group). Esta sección debe ser completada sólo por personas que se inscriben para cobertura en un grupo de 2 a 5 empleados, y por personas que se inscriben tardíamente.

Continúa en la próxima página.

NJ - HINT

Instrucciones (continuación)

Empleado – Complete las Secciones B a I.

Sección F – Otro seguro/seguro anterior:

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

Sección J – Verificación del empleador:

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

Condiciones de inscripción

Reconocimiento y aceptación del solicitante

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

1. a. Autorizo a que las fuentes indicadas abajo den a Aetna Health Inc. y/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 tratamiento, asesoramiento o suministros médicos para cualquier condición médica 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 acción que Aetna Health Inc. y/o Aetna Life Insurance Company haya 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 proporcionada por Aetna Health Inc. y/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. y/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. Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en un formulario de solicitud de inscripción/cambio para un plan de beneficios de salud está sujeta a sanciones penales y civiles.