



Solicitud de inscripción/cambio para empleados de empresas pequeñas de California (con 2 a 50 empleados elegibles)

Número de seguro social del aplicante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del empleador **Instrucciones:** Usted, el empleado, debe completar esta solicitud en su totalidad, de lo contrario se le devolverá, lo que retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. **Si renuncia a la cobertura, por favor llene las Secciones B y E.**

Fecha de vigencia	<input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo <input type="checkbox"/> Nueva contratación	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijos dependientes <input type="checkbox"/> Cambio de cobertura	<input type="checkbox"/> Terminación del empleo <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijos dependientes <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	Continuación COBRA/Cal-COBRA para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Recontratación/Reactivación <input type="checkbox"/> Inscripción tardía <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro _____		Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra _____
				Fecha original del hecho que proporciona elegibilidad _____
				Motivo _____

A. Selección de la cobertura - Favor de completar con tinta negra y letra legible. (Las secciones sombreadas son para uso exclusivo del empleador o de Aetna)

Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Class Code	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.
1. Cobertura médica - Marcar una. <input type="checkbox"/> Plan HMO de Aetna - Plan opción _____ <input type="checkbox"/> Plan MC de Aetna - Plan opción _____ <input type="checkbox"/> Plan MC de Aetna con deducible alto <input type="checkbox"/> Plan EPO de Aetna <input type="checkbox"/> Plan PPO de Aetna - Plan opción _____ <input type="checkbox"/> Plan <i>Aetna Indemnity</i> <input type="checkbox"/> Plan PPO fuera del estado de Aetna					2. Cobertura dental - Marcar una. <input type="checkbox"/> Opción 1 <input type="checkbox"/> Opción 2: <input type="checkbox"/> DMO o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Opción 3 <input type="checkbox"/> Opción 4 <input type="checkbox"/> Opción 5 <input type="checkbox"/> Opción 6 <input type="checkbox"/> Fuera del estado Antes de hoy, ¿contaba Ud. con cobertura bajo este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					3. Seguro de vida e incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro básico/AD&D Ultra™ <input type="checkbox"/> Seguro opcional para dependientes		
									Designación del beneficiario - Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)			
									No. de seguro social del beneficiario		Relación que tiene con el empleado	

B. Datos del empleado – Debe ser completada por el empleado

Número de identificación del miembro de Aetna (si existente)	Apellido, Nombre, Inicial	Cargo que ocupa	Teléfono de casa	Idioma principal (opcional)
Dirección particular		Apto. No.	Ciudad, Estado	Código postal
Dirección del trabajo		Ciudad, Estado		Código postal
Teléfono del trabajo				
Sueldo (obligatorio) \$ _____	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Número de horas trabajadas por semana	Marque uno <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
				Número de dependientes incluyendo cónyuge

C. Personas cubiertas – Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. En caso necesario inserte hojas adicionales. **NOTA:** Seleccione “compañero/a doméstico/a” SÓLO si su empleador ha elegido aquella cobertura.

(A) Inscribir (B) Cambiar (C) Retirar	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Sexo	No. de seguro social	Fecha de nacimiento	Altura (ft., in.)	Peso (lbs.)	Incapacitado	Cobertura elegida		Otra cobertura médica	Otra cobertura dental	Estudiante de 19 años o mayor	Número de socio del consultorio médico (Si corresponde)	Número de socio del consultorio dental (Si corresponde)
								<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental					
	Empleado 1.	M/F		/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Cónyuge o Compañero/a doméstico/a 2.			/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Hijo/a 3.			/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Hijo/a 4.			/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

D. Declinación/Renuncia de cobertura - Debe completarse si un empleado elegible o los miembros elegibles de su familia rechazan o rehúsan la cobertura médica y/o dental.

1. Se rechaza la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependientes	Motivos por los que se rechaza la cobertura: (si correspondiera, favor adjuntar frente/dorso de su tarjeta de identificación de cobertura médica) <input type="checkbox"/> Estar cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge - Nombre de la aseguradora y número de miembro: _____ <input type="checkbox"/> Estar inscrito en los planes de otra aseguradora - Nombre de la aseguradora y número de miembro: _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge está cubierto por la cobertura médica de grupo del empleador <input type="checkbox"/> Cónyuge cubierto por la cobertura dental de grupo del empleador <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Covered by Champva or Champva <input type="checkbox"/> Otro (Explique): _____
2. Se rechaza la cobertura dental para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependientes	
3. Se rechaza el seguro de vida para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependientes	

Entiendo que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, decido no inscribirme. Al rehusar esta cobertura de grupo, entiendo que yo y/o mis dependientes podremos tener que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo. Con la inscripción en este plan, las condiciones preexistentes podrán no contar con cobertura durante seis meses.

Firma del empleado SÓLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o dependientes. **X** _____ Fecha (Mes/Día/Año) _____

E. Datos de los dependientes

¿Alguno de los dependientes de la Sección C vive en otro domicilio? En caso afirmativo, ¿quién es y cuál es su dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.
---	--

Después de completar, firme, quite la cinta adhesiva de las páginas interiores, doble y presione para sellar, y presente a su empleador

F. Other seguro

Si marcó "S" en la casilla de otra cobertura **médica** en la Sección C (incluyendo los beneficios de *Medicare*), escriba el nombre y el número de póliza de la aseguradora, HMO u otro, una copia de la tarjeta de seguro o tarjeta de *Medicare* y la fecha inicial de la cobertura.

Si marcó "S" en la casilla de otra cobertura **dental** (Sección C), escriba el nombre y el número de póliza de la aseguradora, HMO u otro, una copia de la tarjeta de seguro y la fecha inicial de la cobertura.

¿Su cónyuge tiene empleo? Si marca "S", escriba el nombre y la dirección del empleador de su cónyuge.

Sí No

PRUEBA DE COBERTURA PREVIA - IMPORTANTE (Obligatorio)

¿Tiene cobertura previa alguna de las personas que se están inscribiendo en esta solicitud? Sí No

Si respondió "Sí", proporcione el nombre, fechas de vigencia y de terminación de la cobertura previa.

Se debe incluir prueba de cobertura con esta solicitud para la comprobación de condiciones pre-existentes.

Las formas de prueba aceptables son:

1. Certificado de cobertura comprobable de su aseguradora anterior o,
2. Copia de su tarjeta de identificación o del recibo de sueldo más reciente que muestre la deducción de su cobertura médica o,
3. Copia de la factura de la prima médica más reciente de su aseguradora anterior.

El no proporcionar la Prueba de Cobertura Previa puede resultar en que usted o un miembro de su familia quede sujeto a la limitación de condiciones pre-existentes sin comprobación de cobertura previa. Puede conseguir un Certificado de Cobertura Comprobable de su aseguradora anterior.

G. Cuestionario de salud para empresas que se inscriben con **2 - 10** empleados

Antecedentes médicos de los empleados y sus dependientes. La siguiente información es confidencial y no se mostrará ni entregará a su empleador.

- TODAS las preguntas deber ser respondidas por usted y por sus dependientes o la solicitud le será devuelta.
- Las solicitudes incompletas pueden retrasar la fecha de vigencia de su cobertura.

En los últimos cinco (5) años, ¿alguna de las personas nombradas en la solicitud ha visitado un médico, ha recibido recomendación de tratamiento o tratamiento, esto incluye medicamentos bajo receta, o ha sido hospitalizado por alguna de las siguientes condiciones?

	Sí	No
1. ¿Ataque cardíaco, sople cardíaco, ataque cerebral, dolor en el pecho, presión arterial alta, anemia, várices u otros trastornos del corazón, la sangre, los vasos sanguíneos o por tener un alto nivel de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Úlcera, colitis, cálculos biliares o cualquier otro trastorno del estómago, intestinos, recto, páncreas, hígado o hepatitis B/C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cáncer, quistes o tumores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Trastornos en los riñones, glándulas suprarrenales, glándula tiroidea, sistema urinario, órganos masculinos o femeninos, infertilidad, disfunción menstrual, enfermedades de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otro trastorno pulmonar o del sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Migrañas, periodos de desvanecimientos, epilepsia, trastornos mentales o nerviosos, depresión, parálisis o cualquier otro trastorno del cerebro o del sistema nervioso? Si es epiléptico, fecha de la convulsión más reciente: ____/____/____ (mes/día/año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Lupus, artritis, problemas lumbares o cualquier otro trastorno de las articulaciones, músculos o huesos, incluyendo los implantes de dispositivos protésicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Un problema congénito, deformación o defecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha tenido o ha sido informada de que tiene un trastorno de inmunodeficiencia (excepto VIH), SIDA o complejo asociado al SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna persona ha sido tratada por alcoholismo o por otra adicción, incluyendo el uso de cualquier otro fármaco ilegal o controlado o se le ha aconsejado que buscara tratamiento para la misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna persona ha sido diagnosticada con diabetes? En caso afirmativo, anote la fecha del diagnóstico: ____/____/____ (mes/día/año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es dependiente de la insulina? ____ ¿No es dependiente de la insulina? ____.		
12. a. ¿Está actualmente embarazada alguna de las mujeres que estará bajo la cobertura? En caso afirmativo, anote la fecha probable: ____/____/____ (mes/día/año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido alguna complicación hasta el momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Se espera un embarazo múltiple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Si es hombre y está nombrado en esta solicitud, ¿hay alguna mujer esperando un hijo suyo, aunque la madre no esté nombrada en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguno de los solicitantes ha tomado medicamentos recetados durante los últimos 12 meses? En caso afirmativo, enumérelos a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿El resultado de un examen físico ha sido anormal para alguno de los solicitantes o se le ha aconsejado que se someta a una prueba, cirugía o tratamiento adicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguno de los solicitantes ha estado internado en un hospital, clínica, centro quirúrgico, sanatorio u otra instalación médica como paciente ambulatorio o de internación (excluyendo el parto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguno de los nombrados en esta solicitud consume productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipas, habanos o tabaco para mascar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido estados médicos o síntomas no descritos en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN "I" EN LA PRÓXIMA PÁGINA.

Si agregó hojas adicionales, marque aquí e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

H. Cuestionario de salud para los grupos de 11 - 50 empleados elegibles

Antecedentes médicos de los empleados y sus dependientes. La siguiente información es confidencial y no se mostrará ni entregará a su empleador.

- TODAS las preguntas deber ser respondidas por usted y por sus dependientes o la solicitud le será devuelta.
- Las solicitudes incompletas pueden retrasar la fecha de vigencia de su cobertura.

En los últimos cinco (5) años, usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes:

Sí No

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha recibido consulta, tratamiento, se le ha aconsejado que se sometiera a algún tratamiento o ha sido hospitalizado por: enfermedades cardiovasculares o ataque cardíaco; ataque cerebral; trastornos renales, estomacales, intestinales o hepáticos; trastornos musculoesqueléticos; trastornos mentales o nerviosos; trastornos en el sistema nervioso central; diabetes; cualquier trastorno pulmonar o del sistema respiratorio; o cáncer o trastorno de inmunodeficiencia (excepto VIH), SIDA o complejo asociado al SIDA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usted o alguno de los dependientes que quedará cubierto ha visitado a un profesional de la salud por alguna enfermedad y/o trastorno médico que haya resultado en gastos médicos mayores a \$5,000 en los últimos 24 meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿A usted o alguno de los dependientes que quedará cubierto se le ha aconsejado, en los últimos 12 meses, que se sometiera a hospitalización, cirugía o tratamiento o tienen pendiente alguna de ellas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. a. ¿Está actualmente embarazada alguna de las mujeres que quedará cubierta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si es hombre y está enumerado en esta solicitud, ¿hay alguna mujer esperando un hijo suyo, aunque la madre no esté enumerada en esta solicitud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna de las personas nombradas en esta solicitud consume productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipas, habanos o tabaco de mascar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN "I" A CONTINUACIÓN.

I. Cuestionario de salud – Detalles para las respuestas afirmativas de las secciones "G" y "H".

Pregunta #: []	Nombre del solicitante: _____	Nombre de la enfermedad/trastorno: _____
Nombre del médico: _____	Número de teléfono del médico: () _____	
Fecha de inicio de la enfermedad o trastorno: Mes ____ Año ____	Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____	
Aún está en tratamiento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicamento: _____	Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____
Dosificación: _____	Tratamiento administrado: _____	

Pregunta #: []	Nombre del solicitante: _____	Nombre de la enfermedad/trastorno: _____
Nombre del médico: _____	Número de teléfono del médico: () _____	
Fecha de inicio de la enfermedad o trastorno: Mes ____ Año ____	Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____	
Aún está en tratamiento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicamento: _____	Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____
Dosificación: _____	Tratamiento administrado: _____	

Pregunta #: []	Nombre del solicitante: _____	Nombre de la enfermedad/trastorno: _____
Nombre del médico: _____	Número de teléfono del médico: () _____	
Fecha de inicio de la enfermedad o trastorno: Mes ____ Año ____	Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____	
Aún está en tratamiento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicamento: _____	Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____
Dosificación: _____	Tratamiento administrado: _____	

Si agregó hojas adicionales, marque aquí e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

Condiciones de inscripción (continúa en la página 4)

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

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en el lado inverso, estoy de acuerdo en o con lo siguiente:

1. Reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será proporcionada por las siguientes entidades (denominadas en forma colectiva como "Aetna"):

- Plan HMO de Aetna: Aetna Health of California Inc.
- Plan dental DMO de Aetna: Aetna Dental of California Inc.
- Coberturas de seguro de vida, incapacidad, dental y todas las demás coberturas de salud: Aetna Life Insurance Company

2. Entiendo y estoy de acuerdo en que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y, que no habrá cobertura a menos que tanto la solicitud del empleado elegible como la del empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Aetna. Incluso si esta solicitud fuese aprobada, toda inexactitud u omisión podría resultar en la denegación de un reclamo posterior y en la rescisión o reevaluación de la póliza o cobertura conforme a su póliza, a partir de la fecha de vigencia con motivo de determinar elegibilidad y clasificación. **Para las coberturas de seguro de vida:** Entiendo que la fecha de vigencia del seguro para mí o para cualquiera de mis dependientes está sujeta a que yo sea trabajador

Condiciones de inscripción (continuación de la página 3)

activo en dicha fecha y que la fecha de vigencia del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos del estado de salud de los dependientes correspondientes al plan de beneficios. Además, entiendo que ningún seguro sujeto a la evidencia de buena salud o de la información médica, entrará en vigor hasta que Aetna otorgue su consentimiento por escrito.

3. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud puede transmitirse a Aetna o a su agente por parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, profesional de la salud, hospital u organización para el cuidado de la salud ("Proveedores"), incluyendo farmacias o gerentes de beneficios de farmacia, proporcione a Aetna o a su agente información concerniente a la historia médica, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud, esto incluye la información sobre la salud mental, abuso de sustancias tóxicas y el SIDA o complejo asociado al SIDA. Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras aseguradoras, administradores de terceros, proveedores de suministros, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan médico 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 está estipulada conforme a la ley estatal y que no constituye una "autorización" según se define por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud. Esta autorización conservará su validez por treinta (30) meses a partir de la fecha de firma. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización cuando la solicite, y que la fotocopia de la misma tiene la misma validez que el original. Más autorizaciones pueden estar necesarias bajo el plan, como lo puede requerir la ley estatal que corresponde.
4. Los documentos del plan determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
5. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con la excepción de *Aetna Rx Home Delivery*, los proveedores médicos y los proveedores de suministros que pertenecen a la red son contratistas independientes de prácticas privadas y no son ni empleados ni agentes de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC es una subsidiaria de Aetna Inc. No se podrá garantizar la disponibilidad de un proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. Dichos cambios serán notificados de acuerdo con la ley estatal aplicable.
6. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes de HMO y DMO ofrecen solamente cobertura para los beneficios dentro de la red y que, para estar cubierto, los servicios deben ser prestados por un médico de familia, dentista de familia que pertenece a la red o por un especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor que pertenece a la red, conforme a lo autorizado por la referencia médica del médico de familia participante en la red.
7. Entiendo y estoy de acuerdo en que, según se indica en los documentos del plan y al inscribirme para cobertura médica, que cualquier condición pre-existente de mi cónyuge, dependientes o mía podrá no contar con cobertura durante 6 meses.

Declaraciones falsas

8. Atención residentes de California: para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el siguiente aviso: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida, es culpable de un delito y es pasible de recibir multas y confinamiento en una prisión estatal.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones de inscripción y con las autorizaciones y declaraciones falsas en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de empresas pequeñas de California (con 2 a 50 empleados elegibles) Entiendo que, en caso de no firmar esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a esta solicitud de transacción, o que por cualquier motivo, Aetna no recibiera notificación de esta solicitud de transacción dentro de un período de tiempo razonable, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada.

Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo por un mínimo de 30 horas semanales o a tiempo parcial de forma permante por un mínimo de 20 horas semanales para dicho empleador en el lugar usual de trabajo.

INSCRITOS EN PLANES HMO DE CA - AVISO DE ARBITRAJE OBLIGATORIO: TODA DISPUTA QUE SURJA DE, O ESTÉ RELACIONADA CON LA MEMBRESÍA AL PLAN MÉDICO SERÁ DETERMINADA A TRAVÉS DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO Y NO POR MEDIO DE UN PROCESO LEGAL NI RECURRIENDO A UN PROCESO EN LA CORTE, EXCEPTO PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCESOS DE ARBITRAJE DISPUESTA POR LA LEY DE CALIFORNIA. EL ACUERDO DE ARBITRAJE INCLUYE, ENTRE OTROS, DISPUTAS ASOCIADAS A LA SUPUESTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL O A LA MALA PRAXIS MÉDICA, O SEA, SI ALGÚN SERVICIO CUBIERTO POR ESTE ACUERDO NO FUERA NECESARIO O NO FUERA AUTORIZADO O, FUERA PRESTADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE. EL ACUERDO DE PLAN MÉDICO TAMBIÉN LIMITA DETERMINADOS RECURSOS Y LIMITA LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN PUNITIVA. PARA MÁS INFORMACIÓN, CONSULTE LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

Entiendo que estoy renunciando al derecho constitucional de resolver las disputas en un tribunal y ante un jurado, en su lugar acepto el uso del arbitraje obligatorio. Esto significa que los miembros no podrán llevar sus casos a juicio en la corte. Asimismo, entiendo que el acuerdo contiene limitaciones con respecto a ciertos recursos y que los miembros no podrán reivindicar indemnizaciones por daños y perjuicios

Firma del empleado	Firma del cónyuge	Dirección de E-mail del empleado (opcional)	Fecha (Mes/Día/Año)
X	X		