



Solicitud de Inscripción/Cambio Seguro de Vida y Seguro por Incapacidad

Aetna Life Insurance Company

B. Información sobre el Empleador – Favor escribir con letra de imprenta

1. Nombre del empleador – Nombre completo de la empresa u organización	2. Número de control	Sufijo	Cuenta	3. Número de plan	4. SFO
5. Dirección del empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) – Dirección principal de la empresa u organización			6. Código de la oficina de reclamaciones	7. Código de cliente (opcional)	

Al empleador

Instrucciones adicionales en la parte de atrás de esta página.

- **Suscriptores nuevos:** Completar la “Información sobre el Empleador (Sección B)” del formulario de *Solicitud de Inscripción/Cambio* y consulte las Instrucciones en la parte de atrás de esta página para estar seguro de que la información crítica aquí solicitada es provista con exactitud y está completa.
- **Cambios:** Vea la “Información de transacción (Sección A)” del formulario de *Solicitud de Inscripción/Cambio* y consulte las Instrucciones en la parte de atrás de esta página para estar seguro de que la información crítica aquí solicitada es provista con exactitud y está completa.
- **Terminaciones:** Asegúrese de firmar y fechar la solicitud (Sección E).

Al empleado

Instrucciones adicionales en la parte de atrás de esta página

- Favor de completar el formulario de *Solicitud de Inscripción/Cambio* y consultar las Instrucciones en la parte de atrás de esta página para estar seguro de que la información crítica aquí solicitada es provista con exactitud y está completa.
- **Asegúrese de firmar y fechar el formulario (Sección E).**

Si tiene preguntas o dudas, comuníquese con su administrador de beneficios.

Instrucciones – Se proveen instrucciones sólo para las áreas que requieren explicación o para las que usted podría necesitar información adicional.

<p>A. Información de transacción</p> <p><i>Asegúrese de completar la Fecha de Vigencia en la Sección A – Información de transacción.</i></p> <p><i>Asegúrese de leer la Sección E. Firme su nombre y ponga la fecha.</i></p>	<p>Para inscribirse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete la Fecha de Vigencia y la Fecha de Contratación en la Sección A - Información de transacción. • Marque las casillas correspondientes a los beneficios bajo los cuales usted desea inscribirse en la Sección A – Información de transacción, Número 1 – <i>inscripción, cobertura solicitada para el empleado y cobertura solicitada para los dependientes.</i> • Complete todas las áreas en blanco en la Sección B – Información sobre el empleador y en la Sección C – Información sobre el empleado. • Complete la Sección D – Dependientes Cubiertos para todos los dependientes para los que usted está eligiendo cobertura. Complete TODOS los puntos para cada persona cuyo nombre figura en la lista. • Asegúrese de leer la Sección E – Certificación. Firme su nombre y ponga la fecha. 	<p>Para terminar (Cancelar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete la Fecha de Vigencia en la Sección A – Información de transacción, Número 2 y marque la casilla correspondiente. • Complete todas las casillas en blanco de la Sección B – Información sobre el Empleador y de la Sección C – Información sobre el Empleado. • Asegúrese de leer la Sección E – Certificación. Firme su nombre y ponga la fecha. <p>Para hacer cambios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete la Fecha de Vigencia en la Sección A – Información de transacción, Número 3 y marque la casilla correspondiente. • Complete las casillas en blanco en la Sección B – Información sobre el Empleador (si correspondiera). • Complete la Sección C – Información sobre el Empleado. • Indique el cambio en la sección correspondiente (B, C, D) y trace un círculo alrededor del cambio. • Asegúrese de leer la Sección E – Certificación. Firme su nombre y ponga la fecha.
<p>B. Información sobre el Empleador</p> <p><i>Los códigos correspondientes a las oficinas de Aetna ‘Servicing Field Office’ (B4) y ‘Claim Office Code’ (B6) son asignados por Aetna.</i></p>	<p>B2. Control, sufijo y cuenta – Si esta información no se encuentra pre-impresa, proporcione el número de control, sufijo y cuenta completos.</p> <p>B3. Número de plan – Si esta información no se encuentra pre-impresa, consulte la hoja del plan para determinar el Número de Plan correcto.</p> <p>B7. Código de cliente (opcional) – Proporcionar un Código de Cliente que identifique al empleado sólo si usted ha elegido proveer dicha información.</p>	
<p>C. Información sobre el Empleado</p> <p><i>Para ser completada por el suscriptor.</i></p>	<p>C3. Fecha de nacimiento – La fecha de nacimiento tiene que incluir un año de nacimiento de cuatro dígitos.</p> <p>C10. Cantidades de cobertura del empleado – Consulte a su Administrador de Beneficios para identificar la cantidad de sus ingresos o de su seguro que tiene que declarar. Complete la casilla correspondiente y escriba la cantidad redondeada en dólares.</p> <p>C11. Designación de beneficiario – <i>Nombre completo del beneficiario (primero, del medio y apellido),</i> número de Seguro Social y parentesco con la persona a la que se pagarán los beneficios en caso de su muerte.</p>	
<p>D. Dependientes cubiertos</p> <p><i>Para ser completada por el suscriptor.</i></p> <p><i>Mencione sólo a las personas para las que usted está eligiendo/ cambiando cobertura y complete TODAS las casillas para cada persona cuyo nombre figura en la lista.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir/Cambiar/Remove – Use “A”, “C”, o “R” para indicar si usted está añadiendo, cambiando o removiendo la cobertura de una persona. • Nombre – Tiene que completarse para todas la personas para la que usted esté eligiendo o cambiando cobertura. Favor completar TODAS las casillas en la Sección D para cada persona mencionada. Añada otra solicitud si usted está solicitando cobertura para dependientes adicionales. • Código de parentesco – Use SOLAMENTE: H=Marido, W=Cónyuge, N=Cónyuge divorciado, S=Hijo, D=Hija, Y=Hombre patrocinado, X=Mujer patrocinada. Si el dependiente NO es hijo biológico o legalmente adoptado, por favor indique el parentesco con el empleado en la sección “Comentarios Especiales”. • Fecha de nacimiento – La fecha de nacimiento tiene que incluir un año de nacimiento de cuatro dígitos. • Estudiante de 19 años de edad o mayor – Definido como: Hijo dependiente soltero, de 19 años de edad o mayor (consulte su Resumen de Beneficios), que asiste a la escuela como estudiante regular y depende únicamente del suscriptor para su sustento. La oficina de Member Services (Servicios al Miembro) podría exigir que usted proporcione pruebas de la institución educativa. • Cantidades de seguro – Consulte a su Administrador de Beneficios para identificar la cantidad de sus ingresos o de su seguro que tiene que declarar. Complete las casillas correspondientes. 	
<p>E. Certificación</p> <p><i>Se requieren firmas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lea la información que se encuentra arriba del espacio provisto para su firma en la Sección E, y la información en la parte de atrás de la solicitud. • Firme su nombre y ponga la fecha en la solicitud. 	



Solicitud de Inscripción/Cambio Seguro de Vida y Seguro por Incapacidad

Aetna Life Insurance Company

A. Información de transacción

1. Inscripción <input type="checkbox"/> Empleado nuevo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Vuelto a Contratar/Readmitido Fecha de Vigencia (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000) Fecha de Contratación (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000)	Cobertura solicitada para el empleado <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Básico <input type="checkbox"/> Seguro AD&PL/AD&D <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Suplementario <input type="checkbox"/> Seguro AD&PL/AD&D Suplementario <input type="checkbox"/> Incapacidad de Término Corto <input type="checkbox"/> Incapacidad de Término Largo	Cobertura solicitada para dependiente(s) <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Básico para Dependientes <input type="checkbox"/> Seguro Básico AD&PL/AD&D para Dependientes <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Suplementario para Dependientes <input type="checkbox"/> Seguro Suplementario AD&PL/AD&D para Dependientes	2. Terminación (Cancelar) <input type="checkbox"/> Empleado* * El empleado debe estar inscrito para que su(s) dependiente(s) tengan la cobertura. Fecha de Vigencia (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000)	3. Cambios (*Proveer explicación en Sección D, Comentarios Especiales.) <input type="checkbox"/> Añadir dependiente(s) (Seguro de Vida ÚNICAMENTE) <input type="checkbox"/> Remover dependiente(s) (Seguro de Vida ÚNICAMENTE) <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Aumentar/Reducir la cantidad de beneficios* <input type="checkbox"/> Otro* Fecha de Vigencia (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000)
--	---	---	--	---

B. Información sobre el Empleador – Favor escribir con letra de imprenta

1. Nombre del empleador – Nombre completo de la empresa u organización	2. Número de control	Sufijo	Cuenta	3. Número de plan	4. SFO
5. Dirección del empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) – Dirección principal de la empresa u organización			6. Código de la oficina de reclamaciones	7. Código de cliente (opcional)	

C. Información sobre el Empleado – Favor escribir con letra de imprenta

1. Número de Seguro Social del empleado - -	2. Nombre del empleado (apellido, primero, inicial del medio)	3. Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000) / /	4. Sexo	5. Números de teléfono Residencia () - Trabajo () -
6. Dirección Residencial del Empleado (Número, Calle, Número del Apartamento, Ciudad, Estado, Código Postal)			7. Ingreso anual del empleado \$	8. Posición/cargo
9. Estado en que trabaja				
10. Cantidades de cobertura del empleado – Se basan en los requisitos de su Plan; usted podría tener que presentar pruebas de buena salud. (Seguro de vida SOLAMENTE)				
Cantidad de Seguro de Vida Básico \$	Cantidad de Seguro de Vida Suplementario \$	Cantidad de Seguro Básico AD&PL/AD&D \$	Cantidad de Seguro Suplementario AD&PL/AD&D \$	
11. Designación de beneficiario – Si hubiera más de un beneficiario, use la sección “Comentarios Especiales”. En cuanto a la cobertura de dependiente(s), el Beneficiario es siempre el Empleado. (Seguro de Vida SOLAMENTE)				
Nombre completo del beneficiario (primero, del medio, apellido)			Número de Seguro Social del Beneficiario - -	Parentesco con el Empleado

D. Dependientes Cubiertos – Complete sólo si se ofrece cobertura para dependientes bajo su Plan. Marque esta casilla si usted rechaza cobertura para sus dependientes. (Seguro de Vida SOLAMENTE)

(A)ñadir nuevo (C)ambiar (R)emover	Nombre del dependiente (primero, inicial del medio y apellido)	Número de Seguro Social (Si el dependiente no tiene número de Seguro Social, escriba "None")	Parentesco código	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000)	Edad del estudiante 19 o más Sí No	Cantidad Básica para Dependientes	Cantidad Suplementaria para Dependientes	Cantidad Básica AD&PL/AD&D para Dependientes	Cantidad Suplementaria AD&PL/AD&D para Dependientes
		- -		/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
		- -		/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
		- -		/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
		- -		/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
Comentarios Especiales									

E. Certificación - Se requieren firmas

Dirección de correo electrónico del empleado:

Mi firma abajo significa que estoy de acuerdo con las declaraciones y la autorización bajo la sección “Certificación y Autorización”, en la parte de atrás de esta solicitud.

1. Firma del empleado (Requerida) X	Fecha	2. Firma del empleador (Requerida) X	Fecha
--	-------	---	-------

Certificación

Certifico que toda la información en este formulario está completa y es verdadera, a mi mejor saber y entender. Comprendo que este seguro está sujeto a todos los términos del Plan de Seguro que contiene la póliza de seguro colectivo, los que están resumidos en los documentos que me han sido entregados y en el folleto que me ha sido emitido.

Comprendo que la fecha de vigencia de seguro para mí o para cualquiera de mis dependientes está sujeta al hecho de que yo esté activo en mi trabajo en esa fecha y que la fecha de vigencia del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos del Plan aplicables a la salud de los dependientes. Además, comprendo que cualquier seguro para el cual tengo que presentar pruebas de buena salud o información médica no entrará en vigor hasta que Aetna de su consentimiento por escrito.

Comprendo que, si no firmo este formulario dentro de los 31 días de la fecha de vigencia para la elegibilidad o que si, por cualquier motivo, Aetna no recibe aviso de la Solicitud de Inscripción/Cambio dentro de un período razonable después del hecho, la elegibilidad mía y de mis dependientes pudiera ser afectada.

Solicito que mi empleador tome las medidas necesarias para la emisión de Cobertura de Seguro de Vida Colectivo para la que soy o podría llegar a ser elegible y autorice los descuentos de mis ingresos para los aportes requeridos.

Representaciones falsas

Representaciones falsas: Toda persona que con intención de defraudar y a sabiendas de estar facilitando un fraude contra cualquier compañía aseguradora o contra otra persona presenta una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa, u oculta o encubre con intención de engañar, información sobre hechos fundamentales habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia dicha persona será sometida a penalidades impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

Atención Residentes de California: Para su protección, la ley de California exige el siguiente aviso: Cualquier persona que, sabiendo y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa o engañosa, es culpable de un crimen y podrá estar sujeta a multas, confinamiento en una prisión estatal y a penalidades civiles sustanciales. Muchos otros estados tienen leyes similares.

Atención Residentes de Colorado: Cualquier aseguradora o agente que, sabiendo, proporcione información falsa o engañosa para defraudar a un reclamante con relación a procesos de seguro, debe ser denunciada a la División de Seguros.

Atención Residentes de Florida y Virginia: Cualquier persona que, sabiendo y con la intención de defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o una solicitud que contenga informaciones falsas, incompletas o engañosas, es culpable de un delito del tercer grado.

Atención Residentes de Pennsylvania: Toda persona que con intención de defraudar y a sabiendas de estar facilitando un fraude contra cualquier compañía aseguradora o contra otra persona presenta una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa, u oculta o encubre con intención de engañar, información sobre hechos fundamentales habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia dicha persona será sometida a penalidades impuestas por las leyes de derecho penal y civil.