

Solicitud de inscripción/cambio para empleados

Innovation Health Insurance Company

Instrucciones: Consulte las instrucciones al dorso antes de completar este formulario. Usted debe completar esta solicitud en su totalidad; de lo contrario, se le devolverá y se retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y estén completos.

Información de grupo de empleador (debe ser completado por el empleador)

Aetna Life Insurance Company

Control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
Número de grupo (IMO solamente)		Código de cliente (opcional)	

Nombre del empleador – Nombre completo de la empresa u organización

Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal) – Ubicación principal de la empresa u organización

A. Tipo de actividad – El empleado debe completar las secciones A - E. Completar con letra de imprenta legible.

Inscripción – Marque una opción. <input type="checkbox"/> Nuevo inscrito/solicitante	Cambio – Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge <input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Control/sufijo/cuenta/plan: _____	Retirar o terminar – Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge <input type="checkbox"/> Retirar hijo dependiente <input type="checkbox"/> Retiro/terminación del empleado <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	Continuación de cobertura, por ejemplo, COBRA, plan estatal – No todas las opciones están disponibles. Comuníquese con el empleador para conocer las opciones disponibles. Cobertura de: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependientes Duración de la continuación (meses): <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> 29 - Adjunte la determinación de incapacidad de la Administración del Seguro Social. Fecha de pérdida de cobertura: _____ / _____ / _____ Fecha del evento calificador: _____ / _____ / _____ Fecha de vencimiento de la continuación de cobertura: _____ / _____ / _____
Fecha de vigencia: _____ / _____ / _____	Fecha del evento: _____ / _____ / _____	Razón: _____	
Fecha de contratación: _____ / _____ / _____			
Fecha de recontratación/reactivación: _____ / _____ / _____			

B. Información del empleado

N.º de seguro social	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Teléfono particular	Teléfono laboral
Estado del empleado <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado	Dirección particular	N.º de apto.	Ciudad, estado
			Código postal

Información de beneficiarios – Completar solo si su empleador ofrece cobertura de seguro de vida de Aetna.
Designación del beneficiario – **Nombre completo del beneficiario** (primer nombre, segundo nombre, apellido). Si existe más de un beneficiario, indíquelo en "Comentarios especiales" (sección D).

N.º de seguro social del beneficiario Parentesco con el empleado

Información sobre los ingresos

<input type="checkbox"/> Anuales	\$ _____
<input type="checkbox"/> Semanales	\$ _____
<input type="checkbox"/> Monto del seguro	\$ _____
<input type="checkbox"/> Monto del seguro de vida suplementario	\$ _____
<input type="checkbox"/> Monto del seguro por AD&D	\$ _____

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

- Marque uno:**
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Open POS II | <input type="checkbox"/> Open POS Plus | <input type="checkbox"/> Network Only Plus |
| <input type="checkbox"/> HealthFund | <input type="checkbox"/> PPO | <input type="checkbox"/> Indemnity |
| <input type="checkbox"/> Open Network Only Plus | | |

En Virginia, Distrito de Columbia y Maryland, la cobertura del plan médico es asegurada por Innovation Health Insurance Company. Fuera de Virginia, Distrito de Columbia y Maryland, la cobertura del plan médico es asegurada por Aetna Life Insurance Company.

Si bien la Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible) generalmente exige cobertura para hijos dependientes de hasta 26 años de edad, es posible que su plan le brinde cobertura para hijos mayores de 26 años. Consulte los documentos de su plan o comuníquese con el administrador de beneficios.

D. Personas cubiertas – Enumere a las personas a quienes usted inscribe, agrega, cambia o retira de la cobertura.

Si rechaza la cobertura para sus dependientes, marque esta casilla. * Brinde información detallada si responde "Sí" a continuación.

1	(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	Nombre del empleado - Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Código de relación Subscriptor	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		
N.º de seguro social		Plan de seguro anterior Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura médica Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura de medicamentos con receta Sí* <input type="checkbox"/>	Incapacitado N/A	N.º de identificación del consultorio médico primario	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>

Continúa en la página 2

D. Personas cubiertas (continuación) – Enumere a las personas a quienes usted inscribe, agrega, cambia o retira de la cobertura.

* Brinde información detallada si responde "Sí" a continuación. Adjunte una hoja para incluir hijos adicionales.

2	(A)gregar (C)ambiar _____ (R)retirar	Nombre del cónyuge - Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección "Comentarios especiales").			Código de relación	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
N.º de seguro social (Si el dependiente no tiene n.º de seguro social, escriba "ninguno").		Plan de seguro anterior Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura médica Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura de medicamentos con receta Sí* <input type="checkbox"/>	Incapacitado Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio médico primario	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
3	(A)gregar (C)ambiar _____ (R)retirar	Nombre del hijo - Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección "Comentarios especiales").			Código de relación	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
N.º de seguro social (Si el dependiente no tiene n.º de seguro social, escriba "ninguno").		Plan de seguro anterior Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura médica Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura de medicamentos con receta Sí* <input type="checkbox"/>	Incapacitado Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio médico primario	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
4	(A)gregar (C)ambiar _____ (R)retirar	Nombre del hijo - Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección "Comentarios especiales").			Código de relación	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
N.º de seguro social (Si el dependiente no tiene n.º de seguro social, escriba "ninguno").		Plan de seguro anterior Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura médica Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura de medicamentos con receta Sí* <input type="checkbox"/>	Incapacitado Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio médico primario	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
5	(A)gregar (C)ambiar _____ (R)retirar	Nombre del hijo - Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección "Comentarios especiales").			Código de relación	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
N.º de seguro social (Si el dependiente no tiene n.º de seguro social, escriba "ninguno").		Plan de seguro anterior Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura médica Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura de medicamentos con receta Sí* <input type="checkbox"/>	Incapacitado Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio médico primario	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
6	(A)gregar (C)ambiar _____ (R)retirar	Nombre del hijo - Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (Explique las diferencias de apellidos en la sección "Comentarios especiales").			Código de relación	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
N.º de seguro social (Si el dependiente no tiene n.º de seguro social, escriba "ninguno").		Plan de seguro anterior Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura médica Sí* <input type="checkbox"/>	Otra cobertura de medicamentos con receta Sí* <input type="checkbox"/>	Incapacitado Sí <input type="checkbox"/>	N.º de identificación del consultorio médico primario	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>

- Si marcó "Sí" en "Plan de seguro anterior" o en "Otra cobertura médica" más arriba, indique las fechas de vigencia, el nombre y n.º de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente y su n.º de identificación de miembro.
- Si marcó "Sí" en "Otra cobertura de medicamentos con receta" más arriba, indique las fechas de vigencia, el nombre y n.º de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente y su n.º de identificación de miembro.
- ¿Alguno de los dependientes detallados anteriormente vive en una dirección diferente de la del empleado? Sí No En caso afirmativo, ¿quién es y cuál es su dirección?

Comentarios especiales:

E. Raza/grupo étnico – Opcional (Esta información tiene la finalidad de recolectar datos y no será utilizada para determinar la elegibilidad, la clasificación o el pago de reclamos).

1. Empleado	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____	Hijo 4.	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____
2. Cónyuge	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____	Hijo 5.	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____
3. Hijo	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____	Hijo 6.	<input type="checkbox"/> Blanco – 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro – 02 <input type="checkbox"/> Hispano o latino – 03 <input type="checkbox"/> Asiático – 04 <input type="checkbox"/> Otro – 05 _____

Condiciones de inscripción

Reconocimiento y aceptación del solicitante

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en las páginas 1 y 2, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Reconozco que al inscribirme en un plan médico, la cobertura es asegurada o administrada por Innovation Health Insurance Company (denominada "Innovation Health"). Aetna Life Insurance Company brindará cobertura médica para los miembros o dependientes fuera de Virginia, Distrito de Columbia y Maryland.
2. Autorizo a que se realicen deducciones de mis ingresos para las contribuciones requeridas para la cobertura y acepto realizar todos los pagos necesarios y requeridos para dicha cobertura.
3. Entiendo y acepto que esta solicitud de inscripción/cambio puede transmitirse a Innovation Health, Aetna o su agente de parte de mi empleador o su agente. Autorizo a todo médico, profesional de la salud, hospital u organización para la atención de salud ("Proveedores") a brindar a Innovation Health, Aetna o su agente información sobre los antecedentes médicos, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en este formulario de solicitud de inscripción/cambio, incluso la información sobre salud mental, abuso de sustancias y VIH/sida. Además, autorizo a Innovation Health o Aetna a usar esta información y divulgarla a los afiliados, 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, funcionamiento de mi plan de salud o actividades relacionadas. Entiendo que esta autorización está estipulada conforme a la ley estatal y que no constituye una "autorización" según se define en la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud). Esta autorización conservará su validez durante 30 meses desde la fecha en que la firme. En el caso de que la información antes mencionada se recopile en relación con un reclamo médico, esta autorización conservará su validez durante el período de la cobertura. En relación con un reclamo de un seguro de vida, esta autorización conservará su validez mientras dure el reclamo. Entiendo que tengo derecho, así como mi representante autorizado, a recibir una copia de esta autorización cuando la solicite y que la fotocopia tiene la misma validez que el original.
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 acepto que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery®, todos los proveedores y prestadores participantes son contratistas independientes, y no son agentes ni empleados de Innovation Health ni de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC, es una subsidiaria de Aetna, Inc. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. La notificación de los cambios se brindará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.

Declaraciones falsas

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Al marcar esta casilla, usted acuerda utilizar nuestro sitio en Internet de autoservicio para miembros, que le permite tener acceso a todo el material impreso futuro. También entiende que puede elegir recibir los documentos impresos en el futuro. Para ver este material, visítenos en www.innovation-health.com.

Firma del empleado

Certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y completa, a mi leal saber y entender. He leído y estoy de acuerdo con las secciones "Condiciones de inscripción" y "Declaraciones falsas" de esta solicitud de inscripción/cambio para empleados.

Firma del empleado (obligatorio)	Fecha (mes/día/año)	Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)	Primer idioma
X			

Instrucciones

Empleador – Complete la información de grupo de empleador al comienzo de la página 1.

Empleado – Complete las secciones A - E. Es posible brindar información adicional sobre dependientes y otros datos en una hoja aparte. Todos los adjuntos deben estar firmados y fechados.

Sección A – Tipo de actividad:

- Marque las casillas que indiquen los motivos por los que se presenta esta solicitud de inscripción/cambio.
- Indique las fechas de vigencia y las fechas de los eventos donde corresponda.

Sección B – Información del empleado:

- Complete **toda** la información para que su solicitud de inscripción/cambio sea procesada.
- *Designación del beneficiario* – Completar solo si su empleador ofrece cobertura de seguro de vida de Aetna.

Sección C – Opciones de planes: Su empleador debe ofrecer los planes que usted elija.

Sección D – Personas cubiertas:

- 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 sus dependientes en letra de imprenta, si corresponde. Indique el sexo, la fecha de nacimiento y el número de seguro social de cada una de las personas.
 - *Código de relación* – Use **SOLO**: E=Esposo, Esa.=Esposa, H=Hijo, Ha.=Hija, Y=Empleado patrocinado, X=Empleada patrocinada. **Si el dependiente NO es su cónyuge o hijo biológico o legalmente adoptado, indique la relación con el empleado en la sección “Comentarios especiales”.**
- Si usted o sus dependientes tenían cobertura con el plan de seguro de su empleador u otro **plan de seguro anterior**, o si en la actualidad tienen **otra cobertura médica**, marque las casillas que dicen “Sí” e indique las fechas en que comienza y finaliza la vigencia, el nombre y n.º de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente y su **n.º de identificación de miembro** del plan de seguro en el espacio proporcionado en el punto número 1.
- Si usted o sus dependientes tienen **otra cobertura de medicamentos con receta**, marque la casilla que dice “Sí” e indique las fechas en que comienza y finaliza la vigencia, el nombre y número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente y su **n.º de identificación de miembro** para el plan de seguro en el espacio proporcionado en el punto 2.
 - **NOTA:** En algunos casos, su prestador de cobertura médica será distinto de su prestador de cobertura de medicamentos con receta.
- Si un dependiente está incapacitado y depende económicamente de usted, marque “Sí” y brinde prueba del estado de incapacidad expedida por el médico tratante.
- N.º de identificación del consultorio médico primario: Obtenga el n.º de identificación del consultorio del médico de atención primaria a través del directorio de proveedores correspondiente o del directorio de proveedores en línea en “www.innovation-health.com.”
- Si usted es paciente actual, marque la casilla que dice “Sí” debajo de “Paciente actual”.

Sección E – Raza/grupo étnico (opcional): Seleccione el código de raza/grupo étnico correspondiente a cada persona. Si su raza/grupo étnico es “Otro”, escriba con letra imprenta la raza/grupo étnico de cada persona en el espacio proporcionado.

Condiciones de inscripción/declaraciones falsas – Firma del empleado:

- El empleado debe firmar y fechar la solicitud de inscripción/cambio para que puedan procesarse las nuevas inscripciones o los cambios de cobertura.
- Al marcar la casilla arriba de su firma, usted acuerda utilizar nuestro sitio en Internet de autoservicio para miembros, que le permite tener acceso a todo el material impreso futuro. También entiende que puede elegir recibir los documentos impresos en el futuro.