

Innovation Health Plan, Inc.

Aetna Life 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 completos.

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

Control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
N.º de grupo			Código de clase

Nombre del empleador/grupo - Nombre completo de la empresa u organización

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

Inscripción <input type="checkbox"/> Nuevo inscrito/solicitante Fecha de entrada en vigor: / / Fecha de contratación: / / Fecha del evento: / / Motivo: _____	Cambio: Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge <input type="checkbox"/> Agregar hijo <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cambio de plan: _____ <input type="checkbox"/> Control/sufijo/cuenta/plan: _____ Fecha del evento: / / Motivo: _____	Retirar o terminar: Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge <input type="checkbox"/> Retirar hijo <input type="checkbox"/> Retiro/terminación del empleado Fecha de entrada en vigor: / / Motivo: _____	Continuación de cobertura, por ejemplo, COBRA, plan estatal: No todas las opciones están disponibles. Comuníquese con el empleador para conocer las opciones disponibles. Cobertura para <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: / /
--	--	---	---

B. Información del empleado

N.º de Seguro Social	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre		Teléfono particular
Dirección particular	N.º de apto.	Ciudad, estado	Código postal
Nombre del empleador			Teléfono del trabajo
Dirección del trabajo	Ciudad, estado		Código postal

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

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Open POS <input type="checkbox"/> Open HMO <input type="checkbox"/> Open HMO Option	Indique el nombre del plan _____ Copago primario <input type="checkbox"/> \$5 <input type="checkbox"/> \$10 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> Otro \$ _____
--	---

Estos planes son asegurados por Innovation Health Plan, Inc.

Si bien la Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible) generalmente exige cobertura para hijos 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: Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura.

* Brinde información detallada si responde "Sí" a continuación.

(A)gregar (C)ambiar (R)etirar	1. Nombre del empleado (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
N.º de Seguro Social	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"/>	N.º de identificación del consultorio dental primario (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>

Continúa en la página 2

La copia del empleado puede utilizarse como tarjeta de identificación temporal durante 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor, si así lo autoriza el empleador. Debe verificarse la cobertura con Innovation Health antes de visitar a un especialista o ser admitido en un hospital.

D. Personas cubiertas (continuación): Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura.

** Brinde información detallada si responde "Sí" a continuación.*

(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	2. Nombre del cónyuge (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
N.º de Seguro Social	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"/>	N.º de identificación del consultorio dental primario (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	3. Nombre del hijo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
N.º de Seguro Social (si el dependiente no tiene número de Seguro Social, escriba "Ninguno")	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"/>	N.º de identificación del consultorio dental primario (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	4. Nombre del hijo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
N.º de Seguro Social (si el dependiente no tiene número de Seguro Social, escriba "Ninguno")	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"/>	N.º de identificación del consultorio dental primario (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	5. Nombre del hijo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
N.º de Seguro Social (si el dependiente no tiene número de Seguro Social, escriba "Ninguno")	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"/>	N.º de identificación del consultorio dental primario (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	6. Nombre del hijo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
N.º de Seguro Social (si el dependiente no tiene número de Seguro Social, escriba "Ninguno")	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"/>	N.º de identificación del consultorio dental primario (si corresponde)	Paciente actual Sí <input type="checkbox"/>
1. Si marcó "Sí" en "Otra cobertura médica" más arriba, brinde las fechas de entrada en vigor, el nombre y el número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente, y su número de identificación de miembro .							
2. Si marcó "Sí" en "Otra cobertura de medicamentos con receta" más arriba, brinde las fechas de entrada en vigor, el nombre y el número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente, y su número de identificación de miembro .							
3. ¿Alguno de los dependientes detallados anteriormente vive en una dirección diferente de la del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿quién es y cuál es su dirección? Explique brevemente las circunstancias.							
4. ¿Su cónyuge tiene empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, escriba el nombre y la dirección del empleador de su cónyuge.							

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).

Empleado 1. <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 _____
Cónyuge 2. <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 _____
Hijo 3. <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 la sección D, estoy de acuerdo con lo siguiente y lo acepto:

- Reconozco que al inscribirme en un plan médico, la cobertura es asegurada o administrada por Innovation Health Plan, Inc. (denominada "Innovation Health"). Aetna Life Insurance Company brindará cobertura médica para aquellos miembros o dependientes que se encuentren fuera de Virginia, el Distrito de Columbia y Maryland.
- 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.
- Entiendo y acepto que esta solicitud de inscripción/cambio puede transmitirse a Innovation Health, a Aetna o a su agente de parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, profesional de la salud, hospital u organización para la atención de salud ("proveedores") brinde a Innovation Health, a Aetna o a su agente información concerniente a la historia clínica, los servicios o los tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud de inscripción/cambio. Esto incluye la información relacionada con salud mental, abuso de sustancias y VIH/sida. Además, autorizo a que Innovation Health o Aetna usen esta información y la revelen a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, prestadores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan de salud o actividades relacionadas. Esta autorización se aplica a las coberturas aseguradas por la compañía Innovation Health o Aetna para los productos que marqué en la sección C de la página 1. 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 en la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud). Esta autorización conservará su validez durante 30 meses a partir de la fecha en que se firmó. En caso de que la información antes mencionada se recopile en relación con un reclamo, esta autorización será válida durante el plazo de la cobertura. Entiendo que tanto a mi representante autorizado como a mí nos corresponde recibir una copia de esta autorización cuando la solicitemos y que la fotocopia tiene la misma validez que el original.
- Los documentos del plan (*Lista de beneficios, Contrato de grupo, Certificado de cobertura, Póliza de grupo, Certificado de seguro de grupo*) 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.
- 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 o Aetna, según corresponda. Aetna Rx Home Delivery®, LLC, es una subsidiaria de Aetna, Inc. No se puede garantizar la disponibilidad de algún 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.
- Como condición referida a los beneficios del plan HMO de Innovation Health Plan, Inc., entiendo y acepto que todos los servicios estarán cubiertos si son prestados por un médico de atención primaria participante, o por el especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participantes autorizados conforme al formulario de remisión emitido por un médico de atención primaria participante. Se exceptúan los servicios de acceso directo y los procedimientos de emergencia según se define en los documentos del plan.

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 este casillero, usted acuerda utilizar el 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 acepto la sección "Condiciones de inscripción" en esta solicitud de inscripción/cambio.

Si tiene dudas acerca de los beneficios y servicios ofrecidos o excluidos según este acuerdo, comuníquese con un representante de Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación antes de firmar esta solicitud.

Firma del empleado (obligatorio)	Fecha (mes/día/año)	Dirección de correo electrónico del empleado	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 los casilleros que indiquen los motivos para presentar esta solicitud de inscripción/cambio.
- Informe las fechas de entrada en vigor 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.

Sección C – Opciones de planes:

- Su empleador debe ofrecer los planes que usted elija.
- Indique el nombre de la opción del plan y marque *un* copago primario, donde corresponda.

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 sexo, fecha de nacimiento y número de Seguro Social de cada una de las personas enumeradas.
- Si usted o sus dependientes tienen **otra cobertura médica**, marque el casillero que dice “SÍ” e indique las fechas en que comienza y finaliza la vigencia, el nombre y el número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente, y su **número de identificación de miembro** para el plan de seguro en el espacio que se le ofrece en el punto 1.
- Si usted o sus dependientes tienen **otra cobertura de medicamentos con receta**, marque el casillero que dice “SÍ” e indique las fechas en que comienza y finaliza la vigencia, el nombre y el número de póliza de la compañía de seguros, HMO u otra fuente, y su **número de identificación de miembro** para el plan de seguro en el espacio que se le ofrece 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 la prueba del estado de incapacidad expedida por el médico tratante.
- N.º de identificación del consultorio médico primario/N.º de identificación del consultorio dental primario: Obtenga el número de identificación (ID) del consultorio del médico de atención primaria o dentista de atención primaria (si corresponde) a través del directorio de proveedores correspondiente o del directorio en línea de proveedores en www.innovation-health.com.
- Si usted es paciente actual, marque el casillero que dice “SÍ” debajo de “Paciente actual”.

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

Condiciones de inscripción/Declaraciones falsas – Firma del empleado:

- El empleado debe firmar y poner fecha en la solicitud de inscripción/cambio para que puedan procesarse las nuevas inscripciones o los cambios de cobertura.
- Lea la sección “Condiciones de inscripción”.