



Aetna VisionSM Preferred

Solicitud de inscripción/cambio

Aetna Life Insurance Company

Aetna Life Insurance Company
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE CALIFORNIA, SIEMPRE QUE APAREZCA EL TÉRMINO "CÓNYUGE" SE INTERPRETARÁ TAMBIÉN COMO PAREJA.

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
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 - D. Por favor, completar con letra de imprenta legible.

Inscripción – Marque uno. <input type="checkbox"/> Nuevo inscrito/solicitante Fecha de vigencia: ____/____/____ Fecha de contratación: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Recontratación/ reactivación Fecha de recontratación/ reactivación ____/____/____	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 _____ Fecha del evento: ____/____/____ Motivo: _____	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 Fecha de vigencia: ____/____/____ Motivo: _____	Continuación de cobertura, por ejemplo, COBRA, Cal-COBRA - 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 cont. de cobertura: ____/____/____
--	---	--	--

B. Información del empleado

N.º de Seguro Social	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		Teléfono de residencia	Teléfono del trabajo
Estado del empleado <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado	Dirección de residencia	Apto. No.	Ciudad, estado	Código postal
Primer idioma del solicitante (si no es español) Subscriber primary language (other than Spanish) ¿Cuál es su primer idioma? What is your primary language?	Incapacidad del solicitante ¿Tiene alguna incapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor indique la naturaleza de su incapacidad.			

C. Información sobre el producto

Aetna VisionSM Preferred
Es posible que el producto Aetna VisionSM Preferred no esté disponible en todos los estados.

D. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura.

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

(A)gregar (C)ambiar ____ (R)etirar	1. Nombre del empleado - Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre			Código de relación Usted	Sexo (M/F)
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	N.º de Seguro Social	Otra cobertura de la visión Sí* <input type="checkbox"/>	Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/>	Con incapacidad mental o física N/A	Estudiante N/A
(A)gregar (C)ambiar ____ (R)etirar	2. 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) / /	Número de seguro social (si el dependiente no tiene número de seguro social [SSN], escriba "Ninguno")	Otra cobertura de la visión Sí* <input type="checkbox"/>	Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/>	Con incapacidad mental o física Sí <input type="checkbox"/>	Estudiante Sí <input type="checkbox"/>

Continúa en la página 2
CA V1 R-POD

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

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

(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	3. 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) / /	Número de seguro social (si el dependiente no tiene número de seguro social [SSN], escriba "Ninguno")	Otra cobertura de la visión Sí* <input type="checkbox"/>	Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/>	Con incapacidad mental o física Sí <input type="checkbox"/>	Estudiante Sí <input type="checkbox"/>
(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	4. 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) / /	Número de seguro social (si el dependiente no tiene número de seguro social [SSN], escriba "Ninguno")	Otra cobertura de la visión Sí* <input type="checkbox"/>	Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/>	Con incapacidad mental o física Sí <input type="checkbox"/>	Estudiante Sí <input type="checkbox"/>
(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	5. 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) / /	Número de seguro social (si el dependiente no tiene número de seguro social [SSN], escriba "Ninguno")	Otra cobertura de la visión Sí* <input type="checkbox"/>	Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/>	Con incapacidad mental o física Sí <input type="checkbox"/>	Estudiante Sí <input type="checkbox"/>
(A)gregar (C)ambiar _____ (R)etirar	6. 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) / /	Número de seguro social (si el dependiente no tiene número de seguro social [SSN], escriba "Ninguno")	Otra cobertura de la visión Sí* <input type="checkbox"/>	Actualmente con cobertura de Medicare Sí* <input type="checkbox"/>	Con incapacidad mental o física Sí <input type="checkbox"/>	Estudiante Sí <input type="checkbox"/>

1. Si marcó "Sí" en **Otra cobertura de la visión** o en **Actualmente con cobertura de Medicare** más arriba, proporcione las fechas de vigencia, el nombre y el n.º de póliza de la compañía de seguros, el plan de la visión u otra fuente y su n.º de **identificación de miembro**.

2. ¿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:

Condiciones de inscripción

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

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 de Aetna VisionSM Preferred, la cobertura está financiada por Aetna Life Insurance Company (denominada "Aetna") y que la adjudicación de ciertos reclamos y otros servicios administrativos son proporcionados por First American Administrators, Inc. (una afiliada de EyeMed Vision Care, LLC) o sus afiliadas.
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. 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.
4. 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 Aetna. 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 cambio. La notificación de los cambios se brindará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.

Declaraciones falsas

Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal.

Al marcar esta casilla usted acuerda utilizar Aetna Navigator[®], el sitio en Internet de autoservicio para miembros de Aetna, para acceder a todo el material impreso futuro y entiende que puede elegir recibir

Firma del empleado

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

Firma del empleado - obligatorio

X

Fecha (mes/día/año)

/ /

Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)

Verificación del empleador (debe ser completado por el empleador)

Firma del empleador - obligatorio

X

Tratamiento (Sr./Sra./Srta.)

Fecha (mes/día/año)

/ /

Instrucciones

Empleador

- Complete la **información de grupo de empleador** al comienzo de la página 1.
- Complete la **verificación del empleador** debajo de la firma del empleado en la página 3 (más arriba). El empleador debe firmar y poner fecha a la solicitud de inscripción/cambio para que puedan procesarse las nuevas inscripciones o los cambios de cobertura.

Empleado – Complete las secciones A – D. Es posible proporcionar 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 para presentar esta solicitud de inscripción/cambio.
- Informe la(s) fecha(s) de vigencia y la(s) fecha(s) del evento donde corresponda.

Sección B – Información del empleado:

- Complete **toda** la información para que su solicitud de inscripción/cambio sea procesada.

Sección C – Información sobre el producto

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 su(s) dependiente(s) en letra de imprenta, si corresponde. Indique el sexo, la fecha de nacimiento y el número de seguro social de cada uno de los individuos.
 - **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 un(a) hijo(a) biológico(a) o legalmente adoptado(a), indique la relación con el empleado en la sección Comentarios especiales.**
- Si usted o su(s) dependiente(s) tienen **Otra cobertura de la visión** o cuentan **Actualmente con cobertura de Medicare**, marque "Sí" en la(s) casilla(s) correspondiente(s) y proporcione las fechas de entrada en vigor y de finalización, el nombre y número de la póliza de la compañía de seguros, el plan de la visión u otra fuente y su **n.º de identificación de miembro** para el plan de seguro, en el espacio proporcionado en el punto número 1.
- Si un dependiente está incapacitado mental o físicamente y depende económicamente de usted, marque "Sí" y brinde prueba de la incapacidad expedida por el médico tratante.
- Si un dependiente es estudiante, marque "Sí". Consulte las definiciones del plan en su *Resumen de cobertura*. Aetna puede solicitarle que proporcione un comprobante de la institución educativa.

Condiciones de inscripción y declaraciones falsas – Firma del empleado: El empleado debe firmar y poner fecha a la solicitud de inscripción/cambio para que se procesen las nuevas inscripciones o los cambios de cobertura.

Aviso escrito de disponibilidad de asistencia lingüística del DOI (Department of Insurance, Departamento de Seguros)

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-877-287-0117. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-877-287-0117. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務，用中文把文件唸給您聽。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-877-287-0117 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và được người khác đọc giúp các tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-877-287-0117. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-877-287-0117번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-877-287-0117. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվակազմ Օգնություններ: Դուք կարող եք թարգման և ներբերել և փաստաթղթերը ընթերցել սալի ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար վեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) ստանի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ասյահովազրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-877-287-0117. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-877-287-0117までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است و یا این شماره 1-877-287-0117 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به اداره بیمه کالیفرنیا (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian CA Dept. of Insurance

ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-877-287-0117 'ਤੇ ਸਾਨ ਫ਼ਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੋਲੀਕੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាន បង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-877-287-0117. للحصول على المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau pab ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-877-287-0117. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

Aviso de asistencia lingüística y traducción del CDI

© 2008 Aetna Life Insurance Company