



Forma de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de California (de 1 a 100 empleados)

Las siguientes entidades brindan cobertura: Aetna Health of California Inc. para HMO, Aetna Dental of California Inc. para la cobertura dental (solo DMO®) y Aetna Life Insurance Company para todas las demás coberturas. Para la cobertura de la vista, First American Administrators, Inc. brinda algunos servicios de administración de reclamos. EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed") brinda algunos servicios de administración de la red.

Identificador único del patrocinador del plan (PSUID) o número de cuenta (si está disponible)
N.º de identificación de miembro de Aetna (si está disponible)

Nombre de la compañía		INSTRUCCIONES: Usted, el empleado, debe completar esta forma de solicitud de inscripción en su totalidad. De lo contrario, le será devuelta a usted o a su empleador y se demorará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. Si quiere inscribirse, asegúrese de firmar y colocar la fecha en el campo "Firma del empleado" en la página 6. Si quiere rechazar la cobertura, debe completar la sección F en la página 6. Use solo tinta negra para completar esta forma de solicitud.		
Fecha de entrada en vigor	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación/reactivación <input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo <input type="checkbox"/> Inscripción tardía	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cambiar cobertura <input type="checkbox"/> Cambiar nombre <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Finalización del empleado <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	Siempre que aparezca el término "cónyuge", se interpretará también como pareja doméstica.
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Exención	Siempre que aparezca el término "cónyuge", se interpretará también como pareja doméstica.		
<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA para <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 36 meses <input type="checkbox"/> Otra _____ Hecho condicionante _____ Fecha original del hecho condicionante _____ Fecha de pérdida de la cobertura _____				

A. Información del empleado. Usted debe completar esta sección. Completar con letra de imprenta legible.

N.º de Seguro Social o de identificación fiscal del miembro*		Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		
Dirección de residencia (no se aceptan apartados postales)		N.º de apto.	Ciudad, estado	Código postal
Dirección laboral (no se aceptan apartados postales)		Ciudad, estado		Código postal
Teléfono particular/celular () -	Teléfono laboral () -	Idioma primario (opcional)		Cantidad de dependientes que se inscriben en la cobertura médica, incluido el cónyuge
Cantidad de horas que trabaja por semana	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal			Cargo

* El número de Seguro Social es opcional; el número de identificación fiscal es aceptable.

B. Selección de la cobertura

N.º de control/grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
<p>1. Selección de la cobertura médica: Seleccione un plan médico marcando la casilla apropiada más abajo. (Su empleador debe ofrecer el plan que seleccione).</p>			
<p>Planes HMO</p>			
<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Platinum CA \$20/30 0 M			<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Gold CA \$25/50 500
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Platinum CA \$20/30 0 M			<input type="checkbox"/> HMO Gold CA \$30/70 1250
<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Platinum CA \$20/30 0 M			<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Gold CA \$30/70 1250
<input type="checkbox"/> HMO Platinum CA \$20/40 0			<input type="checkbox"/> HMO Basic Gold CA \$30/70 1250
<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Platinum CA \$20/40 0			<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Gold CA \$30/70 1250
<input type="checkbox"/> HMO Basic Platinum CA \$20/40 0			<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Gold CA \$30/70 1250
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Platinum CA \$20/40 0			<input type="checkbox"/> HMO Silver CA \$50/70 0
<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Platinum CA \$20/40 0			<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Silver CA \$50/70 0
<input type="checkbox"/> HMO Gold CA \$30/60 0			<input type="checkbox"/> HMO Basic Silver CA \$50/70 0
<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Gold CA \$30/60 0			<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Silver CA \$50/70 0
<input type="checkbox"/> HMO Basic Gold CA \$30/60 0			<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Silver CA \$50/70 0
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Gold CA \$30/60 0			<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Silver CA \$55/90 2500 M
<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Gold CA \$30/60 0			<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Silver CA \$55/90 2500 M
<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Gold CA \$35/55 250 M			<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Silver CA \$55/90 2500 M
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Gold CA \$35/55 250 M			<input type="checkbox"/> HMO Silver CA \$60/100 2500
<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Gold CA \$35/55 250 M			<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Silver CA \$60/100 2500
<input type="checkbox"/> HMO Gold CA \$35/65 250			<input type="checkbox"/> HMO Basic Silver CA \$60/100 2500
<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Gold CA \$35/65 250			<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Silver CA \$60/100 2500
<input type="checkbox"/> HMO Basic Gold CA \$35/65 250			<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Silver CA \$60/100 2500
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Gold CA \$35/65 250			<input type="checkbox"/> HMO Basic Bronze CA \$65/95 6300 M
<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Gold CA \$35/65 250			<input type="checkbox"/> HMO Bronze CA \$75/125 7900
<input type="checkbox"/> HMO Gold CA \$25/50 500			<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Bronze CA \$75/125 7900
<input type="checkbox"/> Aetna Value Network HMO Gold CA \$25/50 500			<input type="checkbox"/> HMO Basic Bronze CA \$75/125 7900
<input type="checkbox"/> HMO Basic Gold CA \$25/50 500			<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Bronze CA \$75/125 7900
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO Gold CA \$25/50 500			<input type="checkbox"/> AWH Northern CA HMO Bronze CA \$75/125 7900
<p>Planes Open Access Managed Choice</p>			
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Platinum CA 90/50 0 M			<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Silver CA 60/50 2100
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Platinum CA 90/50 0 M			<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Silver CA 60/50 2100
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Platinum CA 80/50 250			<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Silver CA 60/50 2100
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Platinum CA 80/50 250			<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Silver CA Plan 65/50 2500 M
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Platinum CA 80/50 250			<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Silver CA Plan 65/50 2500 M
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Gold CA 80/50 350 M			<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Silver CA 65/50 2600
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Gold CA 80/50 350 M			<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Silver CA 65/50 2600
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Gold CA 75/50 500			<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Silver CA 65/50 2600
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Gold CA 75/50 500			<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Bronze CA 55/50 4600
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Gold CA 75/50 500			<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Bronze CA 55/50 4600
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Gold CA 70/50 1250			<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Bronze CA 55/50 4600
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Gold CA 70/50 1250			<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Bronze HDHP CA 100 7000 HSA M
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Gold CA 70/50 1250			<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Bronze HDHP CA 100 7000 HSA M
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Gold CA 80/50 1500			<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Bronze CA 100/50 7350
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Gold CA 80/50 1500			<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Bronze CA 100/50 7350

Continúa en la página siguiente.

1. Selección de la cobertura médica (continuación)

<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Gold CA 80/50 1500	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Bronze CA 100/50 7350
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Gold HDHP CA 90/50 3000 HSA	<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS Bronze CA 50/50 8300
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Gold HDHP CA 90/50 3000 HSA	<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS Bronze CA 50/50 8300
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Gold HDHP CA 90/50 3000 HSA	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS Bronze CA 50/50 8300
Plan Open Choice PPO	
<input type="checkbox"/> Open Choice PPO Gold CA 80/50 1000	<input type="checkbox"/> Open Choice PPO Bronze CA 55/50 4600
<input type="checkbox"/> Open Choice PPO Silver CA 60/50 2100	<input type="checkbox"/> Open Choice PPO Bronze CA 50/50 8300

N.º de control/grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
----------------------	--------	--------	-------------

2. Cobertura dental. Marque una (si corresponde).

Planes no voluntarios: Plan Aetna Dental® Opción de plan: _____ Para FOC, elija: DMO® o PPO.

Planes voluntarios: Plan Aetna Dental® Opción de plan: _____ Para FOC, elija: DMO® o PPO.

Antes de hoy, ¿tenía cobertura con este plan dental del empleador? Sí No

Se puede tener en cuenta la cobertura acreditable en el caso de nuevos miembros que se inscriben en grupos de traspaso voluntario. Los empleados recién contratados deben marcar lo siguiente, si corresponde:
Empleados recién contratados que seleccionan un plan voluntario **y cuyo plan de Aetna es un grupo de traspaso:** En los últimos 90 días, ¿**contó con** un plan dental que incluyera cobertura básica y preventiva durante 12 meses? Se excluyen los planes de descuento para cuidado dental y aquellos que cubren solo el cuidado preventivo. Sí No

Los empleados en AZ, CA, GA, MA, MD, MO, NC, NJ y TX deben vivir o trabajar dentro del área de servicio de DMO® aprobada para poder inscribirse en el plan DMO®.

N.º de control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
----------------	--------	--------	-------------

3. Aetna VisionSM Preferred Sí No *Para inscribirse, marque "sí" e ingrese la opción de plan elegida a continuación. Completar con letra de imprenta legible.*

Opción o nombre del plan _____

Solo puede elegir un plan de la vista si su empleador ofrece cobertura de la vista.

C. Personas cubiertas. Enumere las personas a quienes usted desea inscribir, agregar, cambiar o retirar de la cobertura. Agregue más hojas si es necesario. Complete la sección D a continuación si tiene dependientes con un apellido diferente del suyo o que viven en otro domicilio. NOTA PARA LA COBERTURA MÉDICA: Si bien la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) 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. Los hijos discapacitados pueden estar cubiertos aunque sean mayores de 26 años. Consulte los documentos del plan o comuníquese con el administrador de beneficios.

1	Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Vive en pareja doméstica	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del médico de cuidado primario (PCP)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
2	Nombre del cónyuge (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /
	Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Otro _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
3	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /
	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
4	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /
	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
5	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /
	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

Continúa en la página siguiente.

C. Personas cubiertas (continuación)

6	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		
Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____		Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista		N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí
7	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		
Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____		Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista		N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí

D. Información de los dependientes

Enumere a todos los dependientes de la sección C que tengan apellido diferente o que vivan en otro domicilio.	
Nombre	Dirección

E. Coordinación de beneficios

¿Tendrá otro seguro de salud al mismo tiempo que esta cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió que sí, ¿la cobertura de Aetna que solicita reemplazará la cobertura que tiene ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la persona	Compañía de seguros	Nombre de la persona	Compañía de seguros

Condiciones de inscripción

AVISO: Conforme a la ley de California, se prohíbe que las compañías de seguros médicos exijan o utilicen pruebas de VIH como condición para que se obtenga cobertura de seguro de salud.

Entiendo que las siguientes entidades legales (denominadas, de forma colectiva, "Aetna") aseguran los planes que solicito:

- Aetna Health of California Inc. asegura los planes HMO.
- Aetna Life Insurance Company asegura los planes de la vista de Aetna, los planes Elect Choice EPO y los planes Managed Choice POS.
- Aetna Dental of California Inc. y Aetna Life Insurance Company aseguran los planes dentales de Aetna.

1. La solicitud de mi empleador determina la cobertura. No tendré cobertura hasta que Aetna apruebe mi forma de inscripción y la solicitud del empleador. Aunque en Aetna aprueben la solicitud del empleador, el fraude, las declaraciones falsas o las omisiones intencionales de hechos sustanciales ocasionarían la denegación de reclamos posteriores. Además, Aetna podría rescindir o reevaluar mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de entrada en vigor, a fin de determinar si cumplo con los requisitos y los criterios de clasificación. Si Aetna anula o rescinde la cobertura, es posible que tenga derecho a un reembolso de primas pagas a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Aetna enviará un aviso por correo certificado con un mínimo de 30 días de anticipación a cualquier persona cubierta afectada por la rescisión propuesta. Sin embargo, después de 24 meses a partir de la emisión de la póliza, Aetna no rescindiré la póliza por ningún motivo y no cancelará ni limitará la póliza ni aumentará las primas adeudadas de la póliza a causa de información falsa o inexacta en esta forma de solicitud, sea intencional o no. Aetna no basa las reglas de cumplimiento de los requisitos para los seguros médicos, dentales o de la vista en ninguno de los siguientes factores:

- Estado de salud.
- Afección médica, incluidas enfermedades mentales y físicas.
- Experiencia con reclamos.
- Recepción de cuidado de salud.
- Historia clínica.
- Información genética.
- Evidencia de asegurabilidad, incluidas afecciones que surjan a causa de violencia doméstica.
- Cualquier otro factor relacionado con el estado de salud, según se establece en las regulaciones, normas o pautas federales sancionadas conforme a la sección 2705 de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act).

Continúa en la página siguiente.

Condiciones de inscripción (continuación)

2. Las estipulaciones del *Contrato de grupo* o de la *Póliza de grupo* determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con lo siguiente:
 - Comparación de beneficios.
 - Resumen.
 - Otra descripción del plan.
3. Los médicos, los hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud participantes son contratistas independientes. No son agentes ni empleados de Aetna. No podemos garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. Las redes de proveedores están sujetas a cambios. Brindaremos una notificación de los cambios de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
4. Solicite una comunicación confidencial para mantener la privacidad de su información médica.
5. Entiendo que, con ciertas excepciones descritas en los documentos del plan, a través de los planes HMO y DMO® solo se brinda cobertura de beneficios dentro de la red. En los documentos del plan, también se describe si necesito remisión para ciertos procedimientos y quiénes brindan el cuidado. Los servicios cubiertos deben ser prestados por los siguientes:
 - Médicos de cuidado primario participantes.
 - Dentistas de cuidado primario participantes.
 - Especialistas participantes.
 - Hospitales participantes.
 - Farmacias participantes.
 - Dentistas participantes.
 - Otros proveedores participantes autorizados conforme a la remisión de un médico de cuidado primario participante.

Declaro que, a mi leal saber y entender, toda la información provista en esta forma de solicitud es verdadera y completa. He leído y acepto las condiciones de inscripción que se describen en esta forma de solicitud de inscripción o cambio. Entiendo que, si no firmo y envío esta forma de solicitud dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que comienzo a cumplir con los requisitos, o si Aetna no recibe la solicitud dentro de un período razonable, el cumplimiento de dichos requisitos podría verse afectado. Soy empleado del empleador que se menciona en la página 1. Trabajo a tiempo completo, por lo menos, 30 horas semanales (o entre 20 y 29 horas semanales si mi empleador lo determina) para este empleador en el lugar usual de trabajo. Autorizo las deducciones de mis ingresos a fin de satisfacer las contribuciones requeridas para la cobertura. Acepto pagar todo monto necesario para la cobertura.

Para recibir los documentos de manera electrónica, ingrese en su cuenta segura para miembros, en Aetna.com.

Para su protección, la ley de California exige que se informe lo siguiente en esta forma de solicitud: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para recibir pago por pérdida comete un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal

Firma del empleado SOLO en caso de solicitar cobertura para el empleado o los dependientes. **Correo electrónico del empleado** **Fecha (día/mes/año)**

ME INSCRIBO EN LA COBERTURA:

Firma del empleado **X**

F. Rechazo de cobertura. Marque todo lo que corresponda.

Comprendo que cumplo con los requisitos para solicitar esta cobertura a través de mi empleador. Sin embargo, rechazo la cobertura que marco a continuación.

<input type="checkbox"/> Empleado: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> Cónyuge: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> Hijos: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	Motivos por los que se rechaza la cobertura <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo del cónyuge <input type="checkbox"/> Cobertura de grupo de los padres <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Cobertura para jubilados <input type="checkbox"/> Otro plan de grupo brindado por mi empleador <input type="checkbox"/> Cobertura según COBRA <input type="checkbox"/> Seguro por medio de otro trabajo <input type="checkbox"/> Cobertura militar TRICARE <input type="checkbox"/> Cobertura individual (a través del Mercado de Seguros Médicos) <input type="checkbox"/> Cobertura individual (por fuera del Mercado de Seguros Médicos) <input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura <input type="checkbox"/> No quiero cobertura <input type="checkbox"/> Otro _____
---	---

Certifico que se me ha dado el derecho a solicitar esta cobertura; sin embargo, la rechazo como se menciona antes. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que mis dependientes o yo tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo.

Firma del empleado SOLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o los dependientes.

Fecha (día/mes/año)

X RECHAZO LA COBERTURA: Firma del empleado

No discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes de California y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, edad, género, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.

Además, brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos suministrado estos servicios o que lo hemos discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, edad, género, identidad de género, orientación sexual o discapacidad, puede presentarle una queja formal al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779
1-800-648-7817, TTY: 711, o por fax al 860-262-7705
CRCoordinator@aetna.com.

Cuando esté inscrito, podrá presentar una queja formal ante Aetna escribiendo a www.aetna.com, a la dirección P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779 o llamando al número que figura en su tarjeta de identificación. Luego de completar el proceso de quejas formales o participar en él durante al menos 30 días, podrá presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada de California escribiendo a www.dmhc.ca.gov, a la dirección 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725 o llamando al 1-888-466-2219, TDD 1-877-688-9891.

También puede presentar una queja al Departamento de Seguros de California escribiendo a www.insurance.ca.gov o a la siguiente dirección: Consumer Services Division, 300 Spring Street South Tower, Los Angeles CA 90013; 1-800-927-HELP (4357), TDD: 1-800-482-4TDD (4833).

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en caso de surgir una inquietud de discriminación basada en las clases protegidas a nivel federal, como raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede presentar una queja en el portal correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care y sus filiales (Aetna).

Aviso escrito del Departamento de Atención Médica Administrada sobre la disponibilidad de asistencia lingüística

Planes DMO y HMO. **IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder hacerlo, le ofrecemos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda en forma gratuita, llame al 1-877-287-0117.

HMO and DMO-based plans - **IMPORTANT:** Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-877-287-0117.

Planes tradicionales:

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 Լեզվախոս Օգնություններ: Դուք կարող եք թարգմանի և կարող եք ստանալ փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնուրույն (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության 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 CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰਾ ਈ ਈ 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 ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

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

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم و قراءة 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 peb 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

Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-888-238-6201. (Greek)

તમારે કોઇ જાતના ખર્ચ વિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, કોલ કરો 1-888-238-6201. (Gujarati)

No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-888-238-6201. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei. (Hawaiian)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-888-238-6201 पर कॉल करें। (Hindi)

Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-238-6201. (Hmong)

Iji nwetaòhèrè na orụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-888-238-6201. (Ibo)

Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-888-238-6201. (Ilocano)

Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-888-238-6201. (Indonesian)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-238-6201 (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-238-6201 までお電話ください。 (Japanese)

လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢတၢ်ဘၣ်ပုၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-888-238-6201 တက့ၢ်. (Karen)

무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-238-6201 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

M̈dyi wuḍu-dù kà kò dò bë dyi múuñ nì Pídyi ní, níí, dá nòbà nìà ke: 1-888-238-6201. (Kru-Bassa)

بو دەسپێر اگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بو تو، پەيوەندی بکە بە ژمارەى 1-888-238-6201. (Kurdish)

ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-238-6201. (Laotian)

कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-888-238-6201 वर फोन करा. (Marathi)

Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirluk 1-888-238-6201. (Marshallese)

Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-888-238-6201. (Micronesia-Pohnpeian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-238-6201។ (Mon-Khmer, Cambodian)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-888-238-6201 मा टेलिफोन गर्नुहोस् । (Nepali)

Të koor yin wëër de thokic ke cïn wëu kɔr keek tënɔŋ yïn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nɔmba 1-888-238-6201. (Nilotic-Dinka)

For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-888-238-6201. (Norwegian)

