

**NOTA: Antes de enviarle a su empleador esta solicitud diligenciada, usted puede proteger la confidencialidad de su información de salud colocando cinta o grapando la solicitud de manera que las páginas 2 y 3 no sean visibles.**



## Solicitud de inscripción/cambio para empleados de empresas de Arizona (2 a 99 empleados elegibles)

Número de grupo
Número de identificación del miembro de Aetna (si está disponible)

Nombre de la compañía		<b>INSTRUCCIONES:</b> Usted, el empleado, debe completar esta solicitud de inscripción en su totalidad, de lo contrario se le devolverá, lo que retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. <b>Si renuncia a la cobertura, por favor complete las Secciones B e I.</b>			
Fecha de vigencia	<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"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Cambio de cobertura <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo(a) dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Terminación del empleado <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijo(a) dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	Continuación de cobertura COBRA/Plan estatal para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra _____ Fecha original del evento calificador _____	
Fecha de contratación					Evento calificador _____

### A. Selección de la cobertura- Por favor completar con letra de imprenta legible y tinta negra.

Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Class Code	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.
<b>1. Médica - Marcar una.</b> <input type="checkbox"/> HMO 15/30/250d <b>HMO+ (QPOS):</b> <input type="checkbox"/> 20/10/50a <input type="checkbox"/> 15/30/250d <input type="checkbox"/> 20/40/500d <b>CPOS:</b> <input type="checkbox"/> 250 90/70 10/20 <input type="checkbox"/> 250 80/60 15/30 <input type="checkbox"/> 500 90/70 10/20 <input type="checkbox"/> 500 80/60 15/30 <input type="checkbox"/> 750 80/60 20/40 <input type="checkbox"/> 1000 80/60 25/50 <input type="checkbox"/> 1500 70/50 25/50 <input type="checkbox"/> 1500 100/50 15/30 <input type="checkbox"/> 2500 100/50 25/50 <input type="checkbox"/> 5000 100/50 25/50 <b>PPO:</b> <input type="checkbox"/> 250 80/60 10/20 <input type="checkbox"/> 500 90/70 10/20 <input type="checkbox"/> 500 80/60 15/30 <input type="checkbox"/> 500 80/50/50 20/40 <input type="checkbox"/> 750 80/60 20/40 <input type="checkbox"/> 1000 70/50 25/50 <input type="checkbox"/> 2000 70/50 25/50 <input type="checkbox"/> PPO Value <input type="checkbox"/> PPO Value Saver <input type="checkbox"/> PPO Value Limited <input type="checkbox"/> PPO HSA HDHP 2300 100/50 <input type="checkbox"/> CPOS HSA HDHP 2500 80/50 <input type="checkbox"/> PPO HSA HDHP 3000 80/50 <input type="checkbox"/> CPOS HRA HDHP 3000 80/50 <input type="checkbox"/> Indemnity 500 80% <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO					<b>2. Dental - Marcar una.</b> <b>Planes estándares:</b> <input type="checkbox"/> Opción 1 - DMO® <input type="checkbox"/> Opción 2 - Freedom-of-Choice: <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Opción 3 - PPO Max 1500 <input type="checkbox"/> Opción 4 - PPO Max 1000 <input type="checkbox"/> Opción 5 - PPO 1500 (90th) <input type="checkbox"/> Opción 6 - DMO® Plan 41 <input type="checkbox"/> Opción 7 - DMO® Access <input type="checkbox"/> Opción 8 - Aetna Dental Preventive Care <sup>SM</sup> PPO Max <input type="checkbox"/> Opción 9 - PPO Max 2000 <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO  <b>Planes voluntarios:</b> <input type="checkbox"/> Opción V1 - DMO® <input type="checkbox"/> Opción V5 - DMO® Access <input type="checkbox"/> Opción V2 - Freedom of Choice <input type="checkbox"/> Opción V6 - Aetna Dental Preventive Care <sup>SM</sup> PPO Max <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Opción V3 - PPO Max 1500 <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO <input type="checkbox"/> Opción V4 - DMO® Plan 41  <b>Antes de hoy, ¿contaba usted con cobertura con este plan dental del empleador?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<b>3. Seguro de vida e incapacidad</b> <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente <input type="checkbox"/> Plan paquete de seguro de vida e incapacidad  Designación del beneficiario - <b>Nombre completo</b> (primer nombre, segundo nombre, apellido)  Número de seguro social del beneficiario  Relación con el empleado		

### B. Datos del empleado - Debe ser completado por el empleado.

Número de seguro social	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		Cargo que ocupa	Teléfono de residencia	Primer Idioma (opcional)
Dirección de residencia	Apto. N°	Ciudad, Estado		Código postal	
Dirección del trabajo	Ciudad, Estado			Código postal	Teléfono del trabajo
Sueldo (completar solamente si se inscribe para un seguro de vida o incapacidad) \$	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Número de horas trabajadas por semana	Marcar uno <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal	N° de dependientes, excluyendo al empleado	

**C. Otro seguro**

¿Alguna de las personas que se inscribe en este formulario de inscripción tiene cobertura actual o previa?  Sí  No

Se debe incluir prueba de cobertura con este formulario de inscripción para la comprobación de crédito de condiciones preexistentes y en caso de que un empleado esté renunciando a la cobertura. Entre las formas aceptables de prueba se incluyen:

1. Certificado de Cobertura Comprobable de su compañía de seguros anterior,
2. Copia de su tarjeta de identificación (ID) o del recibo de sueldo más reciente que muestre la deducción de su cobertura médica, o
3. Copia de la factura de la prima médica más reciente de su compañía de seguros anterior.

Si no presenta prueba de cobertura previa, usted o un miembro de su familia puede estar sujeto a la limitación completa de condiciones preexistentes sin crédito por cobertura previa. Puede solicitar un certificado de cobertura comprobable a su compañía de seguros anterior.

Nombre de la persona cubierta	Compañía de seguros	Número de grupo	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Médica	Dental
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**D. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. De ser necesario, inserte hojas adicionales.**

1. (A)gregar (C)ambiar (R)etirar		Nombre del empleado (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Número de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) legalmente	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida/Inc.	Otra cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura dental previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio médico (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. (A)gregar (C)ambiar (R)etirar		Nombre del cónyuge (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Número de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado <input type="checkbox"/> Diferente apellido	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Otra cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura dental previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio médico (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. (A)gregar (C)ambiar (R)etirar		Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Número de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado <input type="checkbox"/> Diferente apellido <input type="checkbox"/> Vive en otro domicilio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (+19) <input type="checkbox"/> Incapacitado (a) (+19)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Otra cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura dental previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio médico (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. (A)gregar (C)ambiar (R)etirar		Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Número de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado <input type="checkbox"/> Diferente apellido <input type="checkbox"/> Vive en otro domicilio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (+19) <input type="checkbox"/> Incapacitado (a) (+19)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Otra cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura dental previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio médico (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. (A)gregar (C)ambiar (R)etirar		Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Número de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado <input type="checkbox"/> Diferente apellido <input type="checkbox"/> Vive en otro domicilio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (+19) <input type="checkbox"/> Incapacitado (a) (+19)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Otra cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura dental previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio médico (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. (A)gregar (C)ambiar (R)etirar		Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Número de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Altura (ft, in)	Peso (lbs)	Estado <input type="checkbox"/> Diferente apellido <input type="checkbox"/> Vive en otro domicilio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (+19) <input type="checkbox"/> Incapacitado (a) (+19)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	Otra cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura dental previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio médico (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**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	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02	Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02
1.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05	4.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05
Cónyuge/Compañero doméstico		Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02
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	5.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05
Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02	Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Blanco - 01 <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro - 02
3.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05	6.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05

## F. Información del dependiente

Enumere cualquier dependiente de la Sección D que viva en otro domicilio.	Nombre:	Motivo:	Dirección:
Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.	Nombre:	Motivo:	
Si tiene más de 19 años de edad y es estudiante de tiempo completo, proporcione la siguiente información:			
Nombre del hijo	Nombre de la institución educativa	Fecha esperada de graduación	Número de horas crédito

## G. Información de Medicare

Nombre de la persona	Medicare Parte A	Medicare Parte B	Medicare Parte D	Más de 65 años	Incapacidad	Fecha efectiva de enfermedad renal en etapa terminal
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

H. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con **2 a 25** empleados (y empleados de grupos que se inscriben con 26 a 50 empleados que solicitan beneficios de seguro de vida básico mayores al nivel de emisión garantizada) -- Por favor, complete el cuestionario uniforme sobre el estado de salud del empleado, que puede encontrarse en [www.id.state.az.us/consumerbusiness.html#health](http://www.id.state.az.us/consumerbusiness.html#health).

I. Rechazo/Renuncia de cobertura - *Debe completarse si un empleado elegible y/o los miembros elegibles de su familia rechazan o rehúsan la cobertura médica y/o dental.*

<p>1. Se rechaza la cobertura médica para:</p> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> doméstico	<p>Motivos por los que se rechaza la cobertura (si correspondiera, adjunte frente y dorso de su tarjeta de identificación de cobertura de salud):</p> <input type="checkbox"/> Estar cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/compañero doméstico - Nombre de la compañía de seguros y número de identificación: _____ <input type="checkbox"/> Estar inscrito en los planes de otra compañía de seguros - Nombre de la compañía de seguros y número de identificación: _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero doméstico está cubierto por la cobertura médica de grupo del empleador <input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero doméstico está cubierto por la cobertura dental de grupo del empleador <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cubierto por TRICARE o CHAMPVA <input type="checkbox"/> AHCCCS <input type="checkbox"/> Servicios de Salud para Indígenas (Indian Health Services) <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____
<p>2. Se rechaza la cobertura dental para:</p> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> doméstico	
<p>3. Se rechaza la cobertura para:</p> <input type="checkbox"/> Seguro de vida/Plan paquete de seguro de vida e incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente	

Reconozco que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, elijo no inscribirme. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que yo o mis dependientes tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo. Con la inscripción en un plan que no sea HMO, las condiciones preexistentes pueden no contar con cobertura durante doce meses.

<b>Firma del empleado SÓLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o el/los dependiente(s).</b>	<b>Fecha (Mes/Día/Año)</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Firma del empleado	

## Condiciones de inscripción

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en el reverso, acepto y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será proporcionada por las siguientes entidades (denominadas en forma colectiva como "Aetna"):
  - Plan HMO de Aetna y plan POS de Aetna: Aetna Health Inc., Aetna Health Insurance Company y/o Aetna Life Insurance Company.
  - Planes PPO de Aetna: Aetna Life Insurance Company.
  - Coberturas de vida, muerte accidental y desmembramiento, incapacidad, dental (excepto DMO®) y todas las demás coberturas: Aetna Life Insurance Company. La cobertura dental DMO® es proporcionada por Aetna Health Inc.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que la solicitud de inscripción de mi empleador determinará la cobertura, y que no habrá cobertura a menos que y hasta tanto la solicitud del empleado elegible y la del empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Aetna. Incluso si esta solicitud fuese aprobada, cualquier inexactitud u omisión puede ocasionar la denegación de reclamos posteriores y la rescisión o reevaluación de la póliza o mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de vigencia, con motivo de determinar elegibilidad y clasificación.
 

**Para las coberturas de seguro de vida e incapacidad:** entiendo que la fecha de vigencia del seguro para mí o para cualquiera de mis dependientes está sujeta a que yo sea trabajador activo en dicha fecha y que la fecha de vigencia del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos del estado de salud de los dependientes correspondientes al plan de beneficios. Además, entiendo que ningún seguro sujeto a la evidencia de buena salud o de la información médica entrará en vigor hasta que Aetna otorgue su consentimiento por escrito.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud de inscripción/cambio puede transmitirse 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"), incluyendo farmacias o administradores de la base de datos de beneficios de farmacia, proporcione a Aetna o a su agente información concerniente a la historia médica, historia de utilización de prescripciones, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud de inscripción/cambio, incluso la información sobre salud mental y abuso de sustancias. Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, proveedores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan de salud o para realizar actividades relacionadas. He analizado los términos de esta autorización con mi cónyuge/compañero doméstico 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 Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act*).

continúa en la próxima página

## Condiciones de Inscripción (continuación)

Esta autorización es válida durante el plazo de la cobertura y, posteriormente, por el tiempo que permita la ley. Entiendo que tengo derecho, así como cualquier representante autorizado que yo designe, a recibir una copia de esta autorización si la solicito, y que una fotocopia tiene la misma validez que el original.

4. Las autorizaciones firmadas con el objetivo de recopilar información en relación con esta solicitud de inscripción para una póliza de seguro, una reactivación de póliza o la solicitud de cambios en los beneficios de la póliza tendrán validez durante treinta (30) meses a partir de la fecha de la firma. La autorización firmada con el objetivo de recopilar información en relación con un reclamo de beneficios tendrá validez durante el tiempo de esta cobertura o el tiempo que permita la ley. La información, así como otra información personal o privilegiada, recopilada posteriormente por la institución de seguros o el agente puede, en ciertos casos, ser divulgada a terceros sin autorización. Existe un derecho de acceso y corrección en cuanto a toda la información personal recopilada. Otras divulgaciones requeridas por la legislación de Arizona serán proporcionadas al titular de la póliza cuando éste las solicite. Puede recopilarse información personal de otras personas que no sean las propuestas para la cobertura.
5. Los documentos del plan determinarán los derechos y las responsabilidades del/de los miembro(s), y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
6. Entiendo y estoy de acuerdo en 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 proporcionará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
7. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con algunas de las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO y DMO® ofrecen solamente cobertura para los beneficios remitidos y que, para estar cubierto, los servicios deben ser prestados por un médico de cuidado primario, o dentista de cuidado primario participante, o por el especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante, conforme a lo autorizado por la remisión de un médico de cuidado primario participante.
8. Entiendo y estoy de acuerdo en que, según se indica en los documentos del plan y al inscribirme para cobertura médica y por incapacidad en un plan que no sea HMO, cualquier condición preexistente de mi cónyuge, dependientes o mía podrá no contar con cobertura durante 12 meses.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa. He leído y estoy de acuerdo con la sección Condiciones de Inscripción en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de empresas de **Arizona** (2 a 99 empleados elegibles). Entiendo que, en caso de no firmar esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a la solicitud de transacción anterior, o si por cualquier motivo Aetna no recibiera notificación de la solicitud de transacción anterior dentro de un período razonable posterior al hecho, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada. Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 en el lugar usual de trabajo.

**Firma del empleado**

X

**Fecha (Mes/Día/Año)**