



Solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de Florida (con 2 a 50 empleados elegibles)

No. de identificación de Aetna (si está disponible)

Nombre del empleador		Instrucciones: Usted, el empleado, debe completar esta solicitud 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. Si renuncia a la cobertura, por favor llene las secciones B y E.			
Fecha de vigencia	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Inscripción tardía	<input type="checkbox"/> Cambio de cobertura	<input type="checkbox"/> Terminación del empleo	Continuación COBRA/Estatal para <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente	
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Recontratación/Reactivación <input type="checkbox"/> Nueva inscripción de empresa <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijos dependientes <input type="checkbox"/> Cambio de nombres <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijos dependientes <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra _____	
				Fecha original del hecho que proporciona elegibilidad _____	
				Motivo _____	

A. Selección de la cobertura - Please print clearly, using black ink. (Las secciones sombreadas son para uso exclusivo del empleador o de Aetna)

Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Class Code	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.	Control/Group No.	Suffix	Account	Plan No.
1. Cobertura médica - Marcar una.				2. Dental - Marcar una.				3. Seguro de vida e incapacidad				
<input type="checkbox"/> Plan HMO <i>Open Access</i> de Aetna - Plan opción _____ <input type="checkbox"/> Plan PPO <i>Open Access</i> de Aetna - Plan opción _____ <input type="checkbox"/> Plan <i>Managed Choice Open Access</i> de Aetna - Plan opción _____ <input type="checkbox"/> Plan PPO de Aetna _____ <input type="checkbox"/> Plan PPO fuera del área - Plan opción _____				<input type="checkbox"/> Plan <i>Aetna Dental™</i> - Plan opción _____ <input type="checkbox"/> Plan PPO fuera del área - Plan opción _____ Antes de hoy, ¿contaba Ud. con cobertura bajo este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Seguro básico/ <i>AD&D Ultra™</i> <input type="checkbox"/> Seguro opcional para dependientes <input type="checkbox"/> Seguro de incapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Plan con seguro de vida e incapacidad Designación del beneficiario - Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido) No. de seguro social de beneficiario _____ Relación que tiene con el empleado _____				

B. Datos del empleado - Debe ser completada por el empleado.

No. de seguro social	Apellido, Nombre, Inicial	Cargo que ocupa	Teléfono de casa	Idioma principal (opcional)
Dirección particular	Apto. No.	Ciudad, Estado	Código postal	
Dirección del trabajo	Ciudad, Estado		Código postal	Teléfono del trabajo
Sueldo (obligatorio)	No. de horas trabajadas por semana	Marque uno <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	No. de dependientes incluyendo cónyuge

C. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. En caso necesario inserte hojas adicionales.

	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Sexo	No. de seguro social	Fecha de nacimiento	Altura (ft. in)	Peso (lbs)	Incapacitado	Cobertura elegida	Otra Cobertura médica	Otra Cobertura dental	Cobertura dental previa	Estudiante de 19 años o mayor	Número de socio del consultorio médico (Si corresponde)	Paciente actual	Número de socio del consultorio dental (Si corresponde)	Paciente actual
Empleado		M/F		MM / DD / YYYY			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de vida	<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	
Cónyuge				/ /			<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hijo/a				/ /			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de vida	<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	
Hijo/a				/ /			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de vida	<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. Raza/grupo étnico - Opcional (Esta información tiene la finalidad de recolectar datos y no será utilizada para determinar la elegibilidad, 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 _____		3. <input type="checkbox"/> Hispano o Latino - 03 <input type="checkbox"/> Asiático - 04 <input type="checkbox"/> Otro - 05 _____	
Cónyuge	<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
2. <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 _____	

E. Declinación/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.

1. Se rechaza la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependientes 2. Se rechaza la cobertura dental para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependientes Reconozco que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura, sin embargo, rechazo la misma, como se indica arriba.	Motivos por los que se rechaza la cobertura (si correspondiera, adjunte frente y dorso de su tarjeta de identificación de cobertura médica.): <input type="checkbox"/> Estar cubierto por la cobertura de empresa del cónyuge - Nombre de la aseguradora y No. de miembro: _____ <input type="checkbox"/> Estar inscrito en los planes de otra aseguradora - Nombre de la aseguradora y No. de miembro: _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge está cubierto por la cobertura médica de empresa de su empleador <input type="checkbox"/> Cónyuge está cubierto por la cobertura dental de empresa de su empleador <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cubierto por TRICARE o CHAMPVA <input type="checkbox"/> Otro (Explique): _____
---	---

Entiendo que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, decido no inscribirme. Al rehusar esta cobertura de empresa, entiendo que yo y/o mis dependientes podremos tener que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de empresa. Las condiciones preexistentes, cuando está inscrito en este plan, podrán no contar con cobertura durante doce meses.

Firme aquí SÓLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado y/o dependientes .	Fecha (Mes/Día/Año)
<input checked="" type="checkbox"/> Firma del empleado	

Antes de presentarle este formulario completado a su empleador, puede proteger la confidencialidad de la información sobre su salud pegando con cinta adhesiva o engrapando el formulario de tal forma que las páginas 2 y 3 no sean visibles.

F. Datos de los dependientes

¿Alguno de los dependientes de la sección C vive en otro domicilio? Si marca "Sí", ¿quién es y cuál es su dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.
--	--

G. Otro seguro

Si marcó "Sí" en la casilla de otra cobertura **médica** (sección C), escriba el nombre y el número de póliza de la aseguradora, HMO u otro, una copia de la tarjeta de seguro y la fecha inicial de la cobertura.

Si marcó "Sí" en la casilla de otra cobertura **dental** (sección C), escriba el nombre y el número de póliza de la aseguradora, HMO u otro, una copia de la tarjeta de seguro y la fecha inicial de la cobertura.

¿Su cónyuge tiene empleo? Si marca "Sí", escriba el nombre y la dirección del empleador de su cónyuge.

Sí No

PRUEBA DE COBERTURA PREVIA - IMPORTANTE (Obligatorio)

¿Tiene cobertura previa alguna de las personas que se están inscribiendo en esta solicitud? Sí No

Si respondió "Sí", proporcione el nombre, fechas de vigencia y de terminación de la cobertura previa.

Se debe incluir prueba de cobertura con esta solicitud para la comprobación de condiciones pre-existentes.

Las formas de prueba aceptables son:

1. Certificado de cobertura comprobable de su aseguradora anterior o,
2. Copia de su tarjeta de identificación 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 aseguradora anterior.

El no proporcionar la Prueba de Cobertura Previa puede resultar en que usted o un miembro de su familia quede sujeto a la limitación de condiciones pre-existentes sin comprobación de cobertura previa. Puede conseguir un Certificado de Cobertura Comprobable de su aseguradora anterior

H. Cuestionario de salud para empresas que se inscriben con **2 - 9** empleados (o 2 a 50 si se inscriben en el seguro de vida por encima de la cantidad de la emisión garantizada) y todos los empleados nuevos de grupos/empresas existentes con 2 a 50 empleados elegibles. Todos los grupos/empresas nuevos no necesitan completar esta sección si son elegibles para completar el cuestionario médico de grupo.

Antecedentes médicos de los empleados y sus dependientes. La siguiente información es confidencial y no se mostrará ni entregará a su empleador.

- TODAS las preguntas deber ser respondidas por usted y por sus dependientes o la solicitud le será devuelta.
- Las solicitudes incompletas pueden retrasar la fecha de vigencia de su cobertura.

En los últimos cinco (5) años, ¿alguna de las personas nombradas en la solicitud ha visitado un médico, ha recibido recomendación de tratamiento o tratamiento, esto incluye medicamentos bajo receta, o ha sido hospitalizado por alguna de las siguientes condiciones?

	Sí	No
1. ¿Ataque cardíaco, soplo cardíaco, ataque cerebral, dolor en el pecho, presión arterial alta, anemia, várices u otros trastornos del corazón, la sangre, los vasos sanguíneos o por tener un alto nivel de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Úlcera, colitis, cálculos biliares o cualquier otro trastorno del estómago, intestinos, recto, páncreas, hígado o hepatitis B/C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cáncer, quistes o tumores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Trastornos en los riñones, glándulas suprarrenales, glándula tiroidea, sistema urinario, órganos masculinos o femeninos, infertilidad, disfunción menstrual, enfermedades de transmisión sexual (con excepción del SIDA/ARC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otro trastorno pulmonar o del sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Migrañas, periodos de desvanecimientos, epilepsia, trastornos mentales o nerviosos, depresión, parálisis o cualquier otro trastorno del cerebro o del sistema nervioso? Si es epiléptico, fecha de la convulsión más reciente: ____ / ____ / ____ (mes/día/año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Lupus, artritis, problemas lumbares o cualquier otro trastorno de las articulaciones, músculos o huesos, incluyendo los implantes de dispositivos protésicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Un problema congénito, deformación o defecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna persona ha sido tratada por alcoholismo o por otra adicción, incluyendo el uso de cualquier otro fármaco ilegal o controlado o se le ha aconsejado que buscara tratamiento para la misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna persona ha sido diagnosticada con diabetes? En caso afirmativo, anote la fecha del diagnóstico: ____ / ____ / ____ (mes/día/año) ¿Es dependiente de la insulina? _____ ¿No es dependiente de la insulina? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. a. ¿Está actualmente embarazada alguna de las mujeres que estará bajo la cobertura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, anote la fecha probable: ____ / ____ / ____ (mes/día/año)		
b. ¿Ha tenido alguna complicación hasta el momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Se espera un embarazo múltiple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Si es hombre y está nombrado en esta solicitud, ¿hay alguna mujer esperando un hijo suyo, aunque la madre no esté nombrada en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguno de los solicitantes ha tomado medicamentos recetados durante los últimos 12 meses? En caso afirmativo, enumérelos a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿El resultado de un examen físico ha sido anormal para alguno de los solicitantes o se le ha aconsejado que se someta a una prueba, cirugía o tratamiento adicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguno de los solicitantes ha estado internado en un hospital, clínica, centro quirúrgico, sanatorio u otra instalación médica como paciente ambulatorio o de internación (excluyendo el parto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguno de los nombrados en esta solicitud consume productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, pipas, habanos o tabaco para mascar? ... Si sí, marque las casillas correspondientes: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido estados médicos o síntomas no descritos en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Alguna persona nombrada en este formulario de inscripción ha tenido un resultado positivo en el análisis de detección de la infección del VIH o ha sido diagnosticado con CRS o SIDA ocasionado por la infección del VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección?

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES (A EXCEPCIÓN DE LA ÚLTIMA), DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN I EN LA PRÓXIMA PÁGINA.

Si agregó hojas adicionales, marque aquí e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

I. Cuestionario de salud - Detalles para las respuestas afirmativas de la sección H.

SI RESPONDÍO "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS EN LA SECCIÓN H (A EXCEPCIÓN DE LA ÚLTIMA), DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE.

Es importante que proporcione DATOS COMPLETOS por cada respuesta afirmativa en las sección H. **Además**, proporcione a continuación los detalles de la última visita al doctor y/o último examen médico de **TODOS** los miembros de la familia nombrados, sin importar la fecha o el motivo. (En caso necesario inserte hojas adicionales.)

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio de la enfermedad o trastorno: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____
Aún está en tratamiento: Sí No Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____
Dosificación: _____ Tratamiento administrado: _____

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio de la enfermedad o trastorno: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____
Aún está en tratamiento: Sí No Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____
Dosificación: _____ Tratamiento administrado: _____

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio de la enfermedad o trastorno: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____
Aún está en tratamiento: Sí No Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____
Dosificación: _____ Tratamiento administrado: _____

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio de la enfermedad o trastorno: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____
Aún está en tratamiento: Sí No Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____
Dosificación: _____ Tratamiento administrado: _____

Pregunta #: [] **Nombre del solicitante:** _____ **Nombre de la enfermedad/trastorno:** _____
Fecha de inicio de la enfermedad o trastorno: Mes ____ Año ____ Fecha en que terminó el tratamiento: Mes ____ Año ____
Aún está en tratamiento: Sí No Medicamento: _____ Fecha en que se recetó: Mes ____ Año ____
Dosificación: _____ Tratamiento administrado: _____

Si agregó hojas adicionales, marque aquí e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

Condiciones de inscripción

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en el lado inverso, estoy de acuerdo en o con lo siguiente::

1. 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: Aetna Health Inc.
 - Plan POS de Aetna: Aetna Health Inc.
 - Coberturas de seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, incapacidad, dental y todas las demás coberturas de salud: Aetna Life Insurance Company
2. Entiendo y estoy de acuerdo en que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y, que no habrá cobertura a menos que tanto la solicitud del empleado elegible como la del empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Aetna. Incluso si esta solicitud fuese aprobada, toda inexactitud u omisión podría resultar en la denegación de un reclamo posterior y en la rescisión o reevaluación de la póliza o cobertura conforme a su 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 médico. 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.
3. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud de inscripción puede transmitirse a Aetna o a su agente por parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, profesional de la salud, hospital u organización para el cuidado de la salud ("Proveedores"), incluyendo farmacias o los gerentes de beneficios de farmacia a proporcionarle a Aetna o a su agente información concerniente a la historia médica, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud, esto incluye la información sobre la salud mental, abuso de sustancias tóxicas. Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras aseguradoras, administradores de terceros, proveedores de suministros, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan médico o para realizar actividades relacionadas. 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 por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico. Esta autorización conservará su validez durante el tiempo de la cobertura y por cuanto tiempo lo permita la ley. Entiendo que me corresponde recibir una copia de esta autorización cuando la solicite, y que la fotocopia de la misma tiene la misma validez que el original.
4. Los documentos del plan determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
5. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con excepción de *Aetna Rx Home Delivery*, todos los proveedores médicos y los de suministros que pertenecen a la red son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC. es una subsidiaria de Aetna Inc. No se podrá garantizar la disponibilidad de cualquier proveedor y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. Dichos cambios serán notificados de acuerdo con la ley estatal aplicable.
6. Entiendo y estoy de acuerdo en que, con las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO y DMO ofrecen solamente cobertura para los beneficios dentro de la red y que, para estar cubierto, los servicios deben ser prestados por un médico o dentista de familia que pertenece a la red o por un especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor que pertenece a la red, conforme a lo autorizado por la referencia médica del médico de familia de la red.
7. Entiendo y estoy de acuerdo en que, según se indica en los documentos del plan y al inscribirme para cobertura médica,

Declaraciones falsas

8. Cualquier persona quién a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud con cualquier información falsa, incompleta o errónea, es culpable de un delito mayor de tercer grado.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones de inscripción y declaraciones falsas en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de Florida (con 2 a 50 empleados elegibles). Entiendo que, en caso de no firmar esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a esta solicitud de transacción, o que por cualquier motivo, Aetna no recibiera notificación de esta solicitud de transacción dentro de un período de tiempo razonable, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada.

Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo por un mínimo de 25 horas por semana para dicho empleador en el lugar usual de trabajo.

Firma del empleado	Firma del cónyuge (opcional- sólo se requiere en caso de inscripción)	Dirección de email del empleado (opcional)	Fecha (Mes/Día/Año)
X	X		