

Solicitud de Continuación de Cobertura para Hijo Incapacitado

Se aplica a los siguientes planes:

Planes de Aetna.

Planes Innovation Health®.

Todos los planes de beneficios y de seguro de salud ofrecidos o asegurados por Banner Health and Aetna Health Insurance Company o Banner Health and Aetna Health Plan, Inc., (Banner | Aetna).

Todos los planes de beneficios y de seguro de salud ofrecidos o asegurados por Texas Health + Aetna Health Plan, Inc., y Texas Health + Aetna Health Insurance Company (Texas Health Aetna).

Allina Health y Aetna Health Insurance Company (Allina Health | Aetna)

Sutter Health y Aetna Administrative Services LLC (Sutter Health | Aetna)



Instrucciones para el empleado:

- Complete las secciones 1 a 8 de este formulario.
- Por favor, escriba la información requerida con letra de imprenta y firme el formulario.
- Solicite a su médico que complete la declaración del médico tratante y le devuelva el formulario.
- (Declaraciones falsas:) "Residentes de Nueva York": Coloque su firma y la fecha en la página 3.
- Envíe este formulario completo, por fax o por correo, junto con la declaración del médico tratante completa a la siguiente dirección:

Aetna
PO Box 981106
El Paso, TX 79998-1106
FAX: 859-455-8650

Nota:

Aetna puede hacer lo siguiente:

- Solicitar prueba de que la incapacidad persiste.
- Examinar o requerir que se examine a su hijo (a su propio cargo o al de su hijo) cuantas veces sea necesario, mientras continúe la incapacidad.
- Requerir un examen todos los años a partir de los dos años de la fecha en que su hijo haya alcanzado la edad máxima.

La cobertura finalizará cuando:

- La incapacidad cese.
- Usted o su hijo no puedan probar que la incapacidad persiste.
- Usted se niegue a que su hijo se realice algún examen obligatorio.
- Exista un motivo para finalizar la cobertura y no sea que su hijo dependiente ha alcanzado la edad máxima.

Les notificaremos a usted y a su empleador sobre el rechazo o la aprobación.

1. Datos del empleado	Nombre	Número de identificación (ID) de Aetna	
	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		
2. Datos del empleador	Nombre	Número de póliza	Fecha de vigencia de la cobertura
	¿El dependiente ya estaba incluido en la cobertura del empleado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí", indique la fecha en que comenzó _____ y la fecha en que finalizó _____ el plan anterior.		
3. Información del plan anterior	Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros anterior		
4. Declaración del empleado	Declaro que, a mi leal saber y entender, mi declaración y las respuestas brindadas en este formulario son correctas y completas. Entiendo que la continuación de la cobertura para un dependiente incapacitado está sujeta a la aprobación de Aetna, que se basará en el plan de beneficios de salud aplicable y en la documentación presentada a Aetna para respaldar esta solicitud. Firma del empleado _____ Fecha _____		
5. Datos del médico	Nombre del médico tratante		
	Dirección del médico tratante (calle, ciudad, estado, código postal)		
	Número de teléfono del médico tratante		

6. Consentimiento de divulgación y firma del empleado

Para todos los proveedores de atención de salud:
 Usted está autorizado a brindar información referida al asesoramiento sobre atención de salud, tratamiento o suministros provistos al paciente (incluida la información relacionada con enfermedad mental o sida/complejo relacionado con el sida/VIH) a Aetna Life Insurance Company o a alguna de sus compañías afiliadas ("Aetna"), a cualquier administrador de reclamos independiente, a profesionales de asesoramiento de la salud y a organizaciones de revisión de utilización, con quienes Aetna tiene contratos. Utilizaremos esta información para evaluar una solicitud de cobertura. Esta autorización es válida durante el plazo del plan bajo el cual se presentó un reclamo. Conozco mi derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito y estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del empleado _____ Fecha _____

7. Datos del dependiente

Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de identificación (ID) de Aetna
Relación que tiene con el empleado		

8. Datos del hijo incapacitado

¿Cuándo comenzó la incapacidad?
 Incapacidad mental Fecha _____ Incapacidad física Fecha _____

Escuelas o trabajos

¿El dependiente ha estado asistiendo a una escuela o a un centro de formación desde que alcanzó la edad límite establecida por el plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nivel de educación: _____	Enumere las escuelas/los centros a los que asistió	Fechas (mm/dd/aaaa)		Centro donde se brinda cuidado de custodia
	Nombre de la escuela/del centro	Desde	Hasta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Antecedentes laborales

¿El dependiente ha estado trabajando?
 Sí No Si marcó "sí", escriba el nombre del empleador y el período de contratación:

Nombre	Período de contratación	Horas trabajadas por semana	Salario por hora	Descripción de las tareas
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si marcó "no", ¿de qué manera la incapacidad del dependiente le impide trabajar?

Alojamiento

¿El dependiente vive con usted?
 Sí No Si marcó "no", ¿dónde vive el dependiente? _____

Apoyo financiero

Normalmente, ¿usted suministra más de la mitad del apoyo financiero para este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "no", por favor explique:	¿Declara a esta persona como dependiente a los fines del impuesto federal sobre la renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

¿Este dependiente es elegible para otros beneficios de salud, ya sean financiados por el sector público o privado?
 Sí No Si marcó "sí", por favor explique:

9. Declaraciones falsas

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California:** Para su protección, la ley de California exige que este formulario 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 está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Misuri:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas e intencionalmente, agrave, defraude o engañe a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Firma del miembro o paciente:

Fecha:

Aetna y sus filiales cumplen con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan ilegalmente, excluyen ni tratan a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo o discapacidad.

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

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 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, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).

Hmong	Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav.
Igbo	Maka enyemaka asụsụ n' ịgbò kpọọ nọmba edèputàrà na kaadi njirimara gi na agwụghị ụgwọ ọ bụla.
Ilocano	Para iti language assistance para iti Ilocano awagan ti numero a nakalista ayan iti ID kard yo nga awanan ti bayadna.
Italiano	Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente il numero riportato sulla Sua scheda identificativa.
Japonés	日本語でのアシストは、IDカードに記載の番号に無料でお電話ください。
Careno	လၢကၢၢ်တၢ်မၤစၢၤ လၢကညိကၢၢ်အကိၢ် ကိးလိတၢ်ခိနီၣ်ကိၢ်တၢ်ကွဲးလိယၢၣ်လၢနတၢ်မၤနီၣ်မၤယါခးအလိၤ လၢတအိၣ်ဒီးတၢ်လၢၢ်တူၣ်လၢၢ်စ့တၢ်န့ၣ်တက့ၢ်.
Coreano	한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 보험 ID 카드에 수록된 무료 통화 번호로 전화해 주십시오.
Bassa (Kru)	Bé m ké gbo-kpá-kpá dyé dé Bäsóò wùdùünwěe, d́á nòbà bé ɔ cééà bó ni dyí-dyoin-běè kǎébo pídyi.
Kurdo	بۆ هاریکاری زمان تایبەت بە زمانی خۆت پەیوەندی بکەن بە ژمارەی بێ بەرامبەری نووسراو لە کارتێ پێناسی خۆتاندا.
Laosiano	ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໃບຫາເປີຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.
Maratí	मराठीतील भाषा साहाय्यासाठी तुमच्या आयडी कार्डवर सूचीबद्ध करण्यात आलेल्या क्रमांकावर मोफत कॉल करा.
Marshalés	Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majel kwōn kallok nōm̄ba eo me ej waļok ilo kaat in ID eo aṃ ilo ejjelok wōṃean.
Mon-jemer (Camboyano)	សម្រាប់ជំនួយជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
Navajo	<i>Naaltsoos bee néhózinígo nanitinígíí béesh bee hane'é numbo bikáá'ígíí áají' hoodítne' díí saad bee yá'át'igo bee níka' adoolwołígíí éí t'áá ník'e Diné bizaadjí níł ádoolníł.</i>
Nepalí	नेपालीमा भाषासम्बन्धी सहायता पाउनका लागि तपाईंको परिचय-पत्रमा उल्लेख गरिएको नम्बरमा निःशुल्क कल गर्नुहोस्।
Nilótico (Dinka)	Tën ë kuwoony ë thok ë Thuonjän, ɔl akuën cī reec ë kaad du köu kecin ayöc.
Noruego	For språkassistanse på norsk, ring nummeret på ID-kortet ditt kostnadsfritt.
Alemán (Pensilvania)	Fer Hilfe in Deutsch, ruf die Fonnummer aa die uff dei ID Kaarde iss. Es Aaruf koschtet nix.
Persa	برای راهنمایی به زبان فارسی، بدون هیچ هزینه ای با شماره ای که بر روی کارت شناسایی شما آمده است تماس بگیرید. انگلیسی
Ponapeano	Ohng palien sawas en soun kawewe ni lokaian Pohnpei, koahl nempe me sansal pohn noumw ID koard ni sohte isais.
Polaco	Aby uzyskać pomoc językową w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portugués	Para obter assistência linguística em português ligue para o número grátis indicado no seucartão de identificação.
Punjabí	ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Rumano	Pentru asistență lingvistică în românește, telefonați la numărul gratuit indicat pe cardul de membru.
Ruso	Чтобы получить языковую поддержку на русском языке, бесплатно позвоните по номеру, указанному на вашей идентификационной карте.
Samoano	Mō fesoasoani tau gagana i le Gagana Sāmoa vala'au le numerā o lo'o lisiina i luga o lau pepa ID e aunoa ma se tologi.
Serbocroata	Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatno broj naveden na poleđini Vaše identifikacijske kartice.
Español	Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin costo alguno al número que figura en su tarjeta de identificación.
Fula (Sudán)	Heɓa wallende be wolde Fulfulde ewne lamba je dɔn windi ha do dɛrewol modɔn, meere.
Swahili	Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa nambari iliyoorodheshwa kwenye Kitambulisho chako bila malipo.

Tagalo	Para sa language assistance na nasa Tagalog, tawagan ang nakalistang numero sa iyong ID card nang walang bayad.
Telegú	తెలుగులో భాషలో సాయం కొరకు ఎలాంటి ఖర్చు లేకుండా మీ ఐడి కార్డు మీద ఉన్న నెంబరుకు కాల్ చేయండి.
Tailandés	สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น (ภาษาไทย) โทรหมายเลขที่แสดงไว้บนบัตรประจำตัวของท่านฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย
Tongano	Kapau 'oku fiema'u hā tōkoni 'i he lea faka-Tonga telefoni ki he fika 'oku lisi 'i ho'o kaati ID 'o 'ikai hā tōtōngi
Turco	Türkçe dil yardımı için kimlik kartınızdaki numarayı ücretsiz olarak arayabilirsiniz.
Ucraniano	Щоб отримати мовну підтримку українською мовою, безкоштовним зателефонуйте за номером, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці.
Urdu	کارڈ پر درج نمبر پر کال کریں۔ ID سلسلے کی خدمات تک مفت رسائی کے لیے، اپنے بیمہ کے
Vietnamita	Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng tiếng Việt, hãy gọi đến số được ghi trên thẻ ID của quý vị, miễn phí cước gọi.
Ídish	פאר שפראך הילף אין אידיש רופט דעם נומער וואס שטייט אויף אייער אידענטײטעט קארטל פון אפצאל.
Yoruba	Fún ìrànጶwọ nípa èdè Yorùbá pe nọmbà tí a kọ sórí káàdì ìdánimọ rẹ lófẹ́ẹ.