



Nombre del cliente

Número de grupo

Elección de cobertura de portabilidad de Hospital de grupo

(Deberá ser completado por el empleado)

Este formulario le permite continuar recibiendo su cobertura una vez que le den de baja en su empleo.

Información del empleado

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / / | N.º W de Aetna o N.º de Seguro Social | |
| Dirección particular (calle) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Fecha del evento desencadenante (MM/DD/AAAA) / / | Dirección de correo electrónico | Número de teléfono principal () | | Género <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |

Elección de cobertura (Nota: Solo puede continuar recibiendo cobertura para los dependientes que se encontraban cubiertos bajo el plan en la fecha en que se dio por finalizado su empleo).

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Elijo continuar mi cobertura sin cambios |
| <input type="checkbox"/> Elijo continuar mi cobertura y retirar a los siguientes dependientes asegurados de mi cobertura: |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge, pareja de unión civil o pareja de hecho |
| <input type="checkbox"/> Todos los hijos dependientes |
| <input type="checkbox"/> Datos de hijos dependientes: |
| 1. Nombre de dep. _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Cobertura _____ |
| 2. Nombre de dep. _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Cobertura _____ |
| 3. Nombre de dep. _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Cobertura _____ |

Pago de primas y sección de firmas

| |
|--|
| 1. En primer lugar, contacte a servicio al cliente al 1-800-607-3366 para obtener sus tasas de primas de portabilidad mensuales. |
| 2. Luego, ingrese el pago de la prima mensual aquí: \$ _____ |
| 3. Realice su pago por correo o por teléfono: |
| a) Envíe su pago junto con este formulario de Elección de cobertura de portabilidad a: Aetna Attn: Portability Department, PO BOX 534739, Atlanta, GA 30353-4739 |
| b) Realice tu pago por teléfono. Antes de poder aceptar su pago por teléfono, necesitaremos haber recibido y archivado una copia firmada de este formulario. Puede enviar el formulario después de rellenarlo al número de fax 860-907-3281 . Después de haber enviado el fax, puede llamar por teléfono al número del Servicio de Atención al Cliente 800-607-3366 para realizar el pago de su prima. |

Comprendo y acepto que:

- La cobertura de portabilidad no entrará en vigencia a menos que este Formulario de elección de cobertura de portabilidad y la prima requerida hayan sido presentados de conformidad con los términos de la Póliza de grupo; de lo contrario, los pagos recibidos serán reembolsados;
- La cobertura de portabilidad entrará en vigencia el primer día siguiente a la cesación del empleo, siempre que Aetna reciba este Formulario de elección de cobertura de portabilidad y la primera prima dentro de los 30 días calendario posteriores en los que de otro modo finalizaría mi cobertura bajo la Póliza de grupo;
- Para que la cobertura de portabilidad permanezca vigente, debo continuar pagando las primas el **primer** día de cada mes. Las primas deberán pagarse a **Aetna, Attn: Portability Department, PO Box 534739, Atlanta, GA 30353-4739**. No recibiré una factura mensual;
- La cobertura de portabilidad terminará si los pagos de la prima no se reciben dentro del período de gracia de 31 días; y
- Los términos de mi cobertura de portabilidad se encuentran en el certificado expedido en virtud de la Póliza de grupo. El monto del seguro vigente en la fecha en que de otro modo hubiera terminado continuará. No se permitirán otros aumentos en el monto de mis beneficios, ni yo podré agregar beneficios opcionales.
- A mi leal saber y entender, la información que figura en este formulario es fiel y se encuentra completa.

| | | |
|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Firma del solicitante | Nombre del solicitante (en imprenta): | Fecha de la firma (MM/DD/AAAA) / / |
|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

La siguiente sección deberá ser completada por Aetna

| | | | | |
|---------------------------|---|--------------------|---------------|---------------|
| Fecha de recepción / / | Fecha de entrada en vigencia de la cobertura de portabilidad / / | Nivel de cobertura | Prima mensual | Procesado por |
|---------------------------|---|--------------------|---------------|---------------|

Esta cobertura se encuentra suscrita por Aetna Life Insurance Company (Aetna), 151 Farmington Avenue, Hartford, CT 06156.

Declaraciones falsas

ADVERTENCIAS DE FRAUDE POR ESTADO

AVISO PARA ALASKA, CONNECTICUT, DELAWARE, IDAHO, ILLINOIS, INDIANA, IOWA, GEORGIA, HAWAII, MASSACHUSETTS, MICHIGAN, MINNESOTA, MISSISSIPPI, MISSOURI, MONTANA, NEBRASKA, NEVADA, NEW HAMPSHIRE, NORTH CAROLINA, NORTH DAKOTA, OKLAHOMA, SOUTH CAROLINA, SOUTH DAKOTA, TEXAS, UTAH, WISCONSIN Y WYOMING: Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, o bien oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos pertinentes, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, con lo cual estará sujeta a sanciones penales y civiles. **AVISO PARA ALABAMA:** Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas de restitución, reclusión en prisión o una combinación de lo mencionado. **AVISO PARA ARIZONA:** Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración figure en el presente formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida estará sujeta a sanciones penales y civiles. **AVISO PARA CALIFORNIA:** ADVERTENCIA: Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente información figure en el presente formulario: La falsedad de cualquier declaración hecha en este documento no impedirá el derecho a recuperación conforme a la póliza, a menos que tal declaración falsa se haya hecho con la clara intención de engañar o que haya afectado materialmente la aceptación del riesgo o bien el peligro asumido por Aetna. **AVISO PARA DISTRICT OF COLUMBIA:** Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en prisión. **AVISO PARA KANSAS:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, o bien oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos pertinentes, podría ser culpable de un acto de seguro fraudulento, según lo determine un tribunal de justicia. **AVISO PARA KENTUCKY:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, o bien oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos pertinentes, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, con lo cual podría estar sujeta a sanciones penales y civiles. **AVISO PARA LOUISIANA:** Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en prisión. **AVISO PARA MAINE:** Proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el propósito de estafar a dicha compañía es un delito. Las sanciones pueden incluir la prisión, multas y la denegación de beneficios de seguro. **AVISO PARA MARYLAND:** Toda persona que a sabiendas o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en prisión. **AVISO PARA NEW JERSEY:** Toda persona que incluya información falsa en una solicitud de póliza de seguro se encuentra sujeta a sanciones penales y civiles. **AVISO PARA NEW MEXICO:** Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas civiles y sanciones penales. **AVISO PARA OHIO:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, o bien oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos pertinentes, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, con lo cual podría estar sujeta a sanciones penales y civiles. **AVISO PARA OREGON:** Toda persona que, con intención de dañar, estafar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente un formulario de inscripción para un seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, o bien oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos pertinentes, podría estar violando la ley estatal. **AVISO PARA PUERTO RICO:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o instigue a presentar un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o bien presente más de un reclamo para la misma pérdida o daño, comete un delito grave y, de ser hallada culpable, será sancionada por cada violación con una multa de entre cinco mil (\$5,000) y diez mil dólares (\$10,000), será encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambas. Si existiesen circunstancias agravantes, el período fijo en prisión podría ser aumentado a un máximo de cinco (5) años; en caso de haber circunstancias atenuantes, el período en prisión podría ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **AVISO PARA TENNESSEE:** Proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el propósito de estafar a dicha compañía es un delito. Las sanciones pueden incluir la prisión, multas y la denegación de beneficios de seguro. **AVISO PARA VERMONT:** Toda persona que a sabiendas presente una declaración falsa en una solicitud de seguro podría ser culpable de un delito penal y podría estar sujeta a sanciones, conforme a la ley estatal. **AVISO PARA VIRGINIA:** Toda persona que, con intención de estafar o a sabiendas de que facilita un fraude contra una aseguradora, presenta una aplicación o un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.