



# Declaración de Prueba de Asegurabilidad para Seguro de Vida y Seguro por Incapacidad

Aetna Life Insurance Company

Lea atentamente esta página de instrucciones.

Es posible que al recibir esta Declaración que usted llenó por completo Aetna se comunice directamente con usted para solicitar información adicional.

## Instrucciones

### Patrocinador del Plan

*Por favor complete con letra de imprenta*

Llene por completo la Sección A. **Fíjese que:**

- Todas las casillas hayan sido llenadas por completo.
- **Se proporciona el Número de Control y los números del Sufijo de Cuenta (A1).**
- Se proporciona el **Número de Seguro Social** del Empleado/Miembro (A2).
- El nombre y la dirección del Empleado/Miembro y su nombre y dirección figuran en las casillas correspondientes (A3 y A4).
- Se proporciona el número de teléfono de su representante autorizado (A5), la fecha de contratación del Empleado/Miembro (A6) y el número de teléfono del domicilio y del trabajo del Empleado/Miembro (A7).
- Se proporciona la dirección de correo electrónico del Empleado/Miembro y la suya (A8 y A9).
- Se proporciona el Salario Anual del Empleado/Miembro (A10).
- Se marquen las casillas correspondientes para los individuos que solicitan la cobertura Seguro de Vida. Fíjese que se proporciona la cantidad de cobertura actual, la cantidad solicitada de cobertura adicional, la cantidad total de cobertura resultante y la cantidad de Emisión Garantizada para cada individuo para quien se solicita la cobertura (A11).
- Se marque la casilla aplicable al motivo para solicitar la cobertura del seguro de vida (A11).
- Se marquen las casillas correspondientes a la cobertura por Incapacidad y se proporciona la cantidad de cobertura actual y la cantidad solicitada (A11).
- La Sección A tenga la firma de su Representante Autorizado (A12).

Entregue el formulario a su Empleado/Miembro para que éste lo presente confidencialmente a Aetna.

Aetna le informará a usted sobre la decisión que tome con respecto a la cobertura. El Empleado/Miembro será notificado directamente si la cobertura es denegada.

### Empleado/Miembro

Lea las secciones tituladas "Aviso de Privacidad" y "Representaciones Falsas" en la "Página 2 de 4" del formulario de Declaración de Asegurabilidad antes de llenarlo por completo.

*Por favor complete con letra de imprenta*

Verifique su nombre, dirección y **Número de Seguro Social** que aparecen en la Sección A, para comprobar que estén correctos. Es posible que necesitemos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional.

Complete la Sección B. **Fíjese que:**

- Haya llenado todos los puntos.
- Sólo aparezcan los nombres de las personas que solicitan cobertura en esta oportunidad (B1).
- La Estatura y el Peso **tienen que proporcionarse** o este formulario será devuelto sin procesar para que usted lo llene por completo (B1).
- Marque las casillas correspondientes con respecto a la cobertura de los niños dependientes, si se aplica (B2a, B2b, B2c).
- Se hayan proporcionado fechas y detalles completos para todas las condiciones marcadas con una "X" en B3g, (B4).
- Usted haya firmado el formulario. Si usted solicita cobertura para su cónyuge, la firma de su cónyuge deberá aparecer también. Por favor lea la sección Certificación, Reconocimientos y Autorización antes de firmar el formulario (vea al final de la sección B).

**Haga una copia para sus archivos. Envíe por correo el formulario original a:**

Aetna Life Insurance Company  
Medical Underwriting Department  
P.O. Box 83641  
Lincoln, NE 68501-3641



Envíela por correo fax al: **1-800-792-9710**

Si tiene preguntas, por favor llámenos al número de teléfono gratuito:

**1-800-660-9913**

Si no se llega a una decisión definitiva en cuanto a este seguro dentro de un plazo de seis meses, Aetna se reserva el derecho de solicitar un nuevo formulario de Declaración de Prueba de Asegurabilidad.

**Sírvase notar: Si este formulario no es llenado por completo y firmado, le será devuelto, sin haber sido procesado, para que usted lo llene por completo.**

## Aviso de Privacidad

Al evaluar su asegurabilidad, nosotros (Aetna) nos basamos principalmente en la información relacionada con el estado de salud que usted nos proporciona en la presente Declaración de Prueba de Asegurabilidad. Sin embargo, es posible que le pidamos se someta a un examen físico o que solicitemos información médica adicional sobre usted de cualquiera de las fuentes especificadas en la autorización en la página 4 de 4 de esta solicitud.

### Revelación de información a otros

Toda la información aquí contenida será tratada con carácter confidencial y no será revelada a otros sin su autorización, excepto en la medida necesaria para conducir nuestro negocio siempre y cuando esto no contradiga los términos de una ley. Por ejemplo, es posible que Aetna Life Insurance Company revele información contenida en sus archivos a sus reaseguradoras y a otras compañías de seguros de vida a las cuales usted pueda dirigirse para solicitar cobertura, o ante las cuales pueda presentar una reclamación de beneficios. Además, es posible que se proporcione información a las entidades reglamentarias de nuestro negocio y a otros según lo exija la ley, así como también a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley cuando sea necesario con el objeto de prevenir fraude u otras actividades ilícitas o de entablar una acción judicial.

### Su derecho de acceso y corrección

En general, usted tiene el derecho de conocer la naturaleza y los pormenores de toda la información que tengamos sobre usted en nuestros archivos. También tiene el derecho de acceso a dichos archivos (excepto en el caso de información relacionada con una reclamación o con un procedimiento civil o penal), y de solicitar la corrección, enmienda o eliminación de información personal archivada en aquellos estados que dispongan tales derechos y otorguen inmunidad a los aseguradores que proporcionen tal acceso. Sin embargo, es posible que optemos por revelar al médico que lo atiende, detalles de cualquier información de carácter médico que usted solicite. Si desea ejercer este derecho, o si desea obtener una explicación más detallada sobre nuestras prácticas relacionadas con la información, sírvase ponerse en contacto con:

Aetna Life Insurance Company, Medical Underwriting Department, 151 Farmington Avenue, Hartford, CT 06156-2975

De acuerdo con la ley de New Mexico, el residente de New Mexico tiene el derecho de efectuar su registro como "persona bajo protección" en lo que se refiere a la divulgación de información confidencial sobre violencia doméstica. Si usted desea ejercer este derecho, escriba a la dirección que aparece arriba.

## Representaciones Falsas

Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que constituye delito y como consecuencia dicha persona será sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

**Atención residentes de Arkansas, Louisiana y West Virginia:** Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para solicitar el pago de un beneficio o la indemnización de una pérdida o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, será hallada culpable de haber cometido un delito y como consecuencia podría ser sometida a sanciones y ser condenada a pena de prisión.

**Atención residentes de California, Ohio y Pennsylvania:** Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que constituye delito y como consecuencia dicha persona será sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

**Atención residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con la intención de defraudar o de intentar defraudar a la compañía. Entre las sanciones que podrían imponerse se incluyen encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. Todo asegurador o agente de una compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione datos o información falsa, incompleta, o engañosa al poseedor de la póliza o a un reclamante con la intención de defraudar o de intentar defraudar al poseedor de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación cuyo pago proviene de los beneficios del seguro, deberá ser denunciado a la división de seguros (insurance division) de Colorado del departamento de agencias reglamentarias.

**Atención residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente una reclamación o formulario que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será hallada culpable de haber cometido un delito grave.

**Atención residentes de Kansas:** Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente un formulario de solicitud de inscripción en el seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra, con la intención de engañar, información importante podría haber infringido una ley estatal.

**Atención residentes de Kentucky:** Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que constituye delito y como consecuencia dicha persona podría ser sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

**Atención residentes de Maine y Tennessee:** El proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con la intención de defraudar a dicha compañía constituye delito. Entre las sanciones que podrían imponerse se incluyen encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

**Atención residentes de New Jersey:** Toda persona que proporcione información falsa o engañosa en un formulario de solicitud de seguro bajo una póliza de seguro o que a sabiendas presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa será sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

**Atención residentes de New York:** Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa, o encubra información importante con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que constituye delito y bajo los términos de las leyes de derecho civil, por cada infracción, se le impondrá una multa de hasta cinco mil dólares más el valor fijado con respecto a la reclamación.

**Atención residentes de North Carolina:** Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que podría constituir delito y como consecuencia dicha persona sería sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

**Atención residentes de Oklahoma:** AVISO: Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente una reclamación, cuyo pago proviene de los beneficios de una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será hallada culpable de haber cometido un delito.

**Atención residentes de Oregon:** Toda persona que con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente un formulario de solicitud de inscripción en el seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra, con la intención de engañar, información importante podría haber infringido una ley estatal.

**Atención residentes de Puerto Rico:** Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar proporciona información falsa en un expediente o solicitud de seguro, participa en la presentación de una reclamación fraudulenta para la indemnización de una pérdida o pago de un beneficio, o presenta más de una reclamación por la misma pérdida o daño, comete un delito y si llega a ser hallada culpable será castigada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000), la cual no llegará a exceder de diez mil dólares (\$10,000); o será condenada a tres (3) años de prisión, o será sometida a ambas sanciones. De haber circunstancias agravantes, la condena de prisión podría aumentarse a un máximo de cinco (5) años; y de haber atenuantes, la condena de prisión podría ser rebajada a un mínimo de dos (2) años.

**Atención residentes de Vermont:** Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude de seguro, lo que podría constituir delito y como consecuencia dicha persona podría ser sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

**Atención residentes de Virginia:** Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o encubra información importante, con la intención de engañar, habrá cometido fraude, lo que constituye delito y como consecuencia dicha persona será sometida a sanciones impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

**Atención residentes de Washington:** El proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con la intención de defraudar a dicha compañía constituye delito. Entre las sanciones impuestas se incluyen encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

## Presentación y Aprobación

La cobertura solicitada no entrará en vigor a menos que se presenten pruebas de asegurabilidad de conformidad con lo dispuesto y Aetna da su aprobación.



**Declaración de Prueba de Asegurabilidad  
para Seguro de Vida y Seguro por Incapacidad**  
Aetna Life Insurance Company

Haga una copia para sus archivos. Envíe por correo el formulario original a:  
Aetna Life Insurance Company  
Medical Underwriting Department  
P.O. Box 83641  
Lincoln, NE 68501-3641  
Enviela por fax al: 1-800-792-9710  
Servicio al Cliente: 1-800-660-9913

**A. Patrocinador del Plan: Complete esta Sección – Por favor escriba en letra de imprenta.**

1. Número de control		Sufijo	Cuenta	2. Número de Seguro Social del Empleado/Miembro					
3. Nombre y dirección del Patrocinador del Plan		4. Nombre y dirección del Empleado/Miembro							
<b>Atención:</b>									
Nombre									
Calle				Calle					
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad Estado Código Postal					
5. Número de teléfono del Patrocinador del Plan - Representante Autorizado		6. Fecha de contratación del Empleado/Miembro (Mes/Día/Año, 00/00/0000)		7. Números de teléfono del Empleado/Miembro					
( ) -				En el trabajo ( ) - En la Casa ( ) -					
8. Dirección del correo electrónico del Patrocinador del Plan				9. Dirección del correo electrónico del Empleado/Miembro					
10. Salario Anual del Empleado/Miembro \$ _____									
11. Solicitud de Cobertura:									
<input type="checkbox"/> <b>Seguro de Vida:</b> * <input type="checkbox"/> Empleado/Miembro Seguro de Vida Básico <input type="checkbox"/> Empleado/Miembro Seguro de Vida Suplementario, Opcional o Voluntario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos									
		<b>Empleado/Miembro Seguro de Vida Básico</b>		<b>Empleado/Miembro Seguro de Vida Suplementario, Opcional o Voluntario</b>		<b>Cónyuge Seguro de Vida</b>		<b>Hijos Seguro de Vida</b>	
a. ¿Cuál es la cantidad <b>actual</b> de cobertura de Seguro de Vida?		\$ _____		\$ _____		\$ _____		\$ _____	
b. ¿Cuál es la cantidad <b>adicional</b> de cobertura de Seguro de Vida que se solicita?		\$ _____		\$ _____		\$ _____		\$ _____	
c. ¿Cuál es la cantidad <b>resultante (Total)</b> de Seguro de Vida si se aprueba la cantidad solicitada (a + b)?		\$ _____		\$ _____		\$ _____		\$ _____	
d. ¿Cuál es la cantidad de <b>Emisión Garantizada (Guarantee Issue)</b> del Seguro de Vida?		\$ _____		\$ _____		\$ _____		\$ _____	
*Motivo para solicitar la cobertura (indique todo lo que aplique).									
<input type="checkbox"/> Aumento de Sueldo <input type="checkbox"/> Cambio de Múltiplo <input type="checkbox"/> Solicitud tardía de cobertura <input type="checkbox"/> Cambio en los incrementos <input type="checkbox"/> Cambios en su estilo de vida <input type="checkbox"/> Se solicita una cantidad superior al Límite de Emisión Garantizado del Plan <input type="checkbox"/> Otro (sírvase explicar) _____									
<b>Beneficio por Incapacidad (Únicamente para el Empleado/Miembro):</b>									
<input type="checkbox"/> Beneficio por Incapacidad a corto plazo:		Cantidad Actual \$ _____ o _____%		Cantidad Solicitada \$ _____ o _____%					
<input type="checkbox"/> Beneficio por Incapacidad a largo plazo:		Cantidad Actual \$ _____ o _____%		Cantidad Solicitada \$ _____ o _____%					
12. Certifico que la información que antecede está correcta.									
Patrocinador del Plan – Firma del Representante Autorizado				Patrocinador del Plan – Nombre del Representante Autorizado (escriba en letra de imprenta)				Fecha de la firma	

**B. Empleado/Miembro: Complete esta Sección – Escriba en letra de imprenta. Conteste todas las preguntas. Si el formulario no es rellenado por completo no se podrá hacer tramitación alguna.**

1. Sólo debe aparecer el nombre y apellido de las personas que soliciten cobertura en esta oportunidad.

Nombre Empleado:	Parentesco	Fecha Nac. (Mes/Día/Año, 00/00/0000)	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)	Sexo	Estatura (pies, pulgadas)	Peso (libras)
Cónyuge:	El mismo					
Hijos:						

2. Conteste todas estas preguntas si sus hijos dependientes figuran más arriba. Use el Número 4 si necesita más espacio para sus comentarios.

a.  Sí  No ¿Viven con usted todos sus hijo dependientes? Si la respuesta es "No", favor de explicar: \_\_\_\_\_

b.  Sí  No ¿Dependen todos los niños dependientes exclusivamente de usted para su sustentación? Si la respuesta es "No" favor de explicar: \_\_\_\_\_

c.  Sí  No ¿Si algunos de sus hijos dependientes tienen 19 años de edad o más, ¿asisten regularmente a la escuela? Si la respuesta es "No" favor de explicar: \_\_\_\_\_

**3. Declaración relacionada con la salud de las personas cuyos nombres figuran más arriba. Por favor conteste las siguientes preguntas a su mejor saber y entender. Si la respuesta a cualquier pregunta a continuación es "Sí", tendrá que proporcionar detalles en el espacio dispuesto en el Número 4.**

**Sí No**

a.   ¿Alguna persona está embarazada? Si la respuesta es "Sí", Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha del parto: \_\_\_\_\_  
Complicaciones o problemas: \_\_\_\_\_

b.   ¿Alguna persona usó productos derivados del tabaco en los últimos 12 meses (cigarrillos, puros, pipa, tabaco de mascar)? Si la respuesta es "Sí", provea el nombre de la persona: \_\_\_\_\_

c.   ¿A alguien se le ha recomendado, o piensa alguien, someterse a un procedimiento médico, quirúrgico o para diagnosticar, ya sea con hospitalización o ambulatorio? Si la respuesta es "Sí", ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Nombre de la persona: \_\_\_\_\_  
Nombre del procedimiento: \_\_\_\_\_ Razón por la cual se somete al procedimiento: \_\_\_\_\_

d.   En los últimos 7 años, ¿ha sido alguna persona ingresada en un hospital, clínica, sanatorio, establecimiento de rehabilitación u otro centro de tratamientos? Si la respuesta es "Sí", Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

e.   En los últimos 7 años, ¿ha sido alguna persona examinada, supervisada o ha recibido tratamiento médico de un médico o consejero por alguna otra afección, con excepción de aquellas de poca importancia (resfriado, gripe, etc.)? Si la respuesta es "Sí", Nombre: \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

f.   ¿Alguna persona toma medicamentos actualmente? Si la respuesta es "Sí", provea la siguiente información:

Nombre de la Persona	Medicamento	Dosis/Frecuencia	Diagnóstico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

g. En los últimos 10 años, ¿han padecido usted, su cónyuge o sus hijos de alguna enfermedad, síntomas, o deficiencia, o recibieron tratamientos (con excepción de enfermedades de poca importancia) por cualquiera de las siguientes enfermedades o afecciones?  
Si la respuesta es "Sí", marque las casillas correspondientes y provea una explicación en el Número 4.

<input type="checkbox"/> SIDA*	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Trastorno del sistema inmunológico	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano	<input type="checkbox"/> Intestino/estómago/úlcera estomacal	<input type="checkbox"/> Parálisis/paresia
<input type="checkbox"/> Asma/Enfisema/COPD	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Riñón/vejiga	<input type="checkbox"/> Sistema reproductivo
<input type="checkbox"/> Espalda/columna vertebral/cuello	<input type="checkbox"/> Fatiga crónica/Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Hígado/bazo/páncreas	<input type="checkbox"/> Afección de la Piel
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre/Sangrado/Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/> Diabetes/Metabólica	<input type="checkbox"/> Pulmones/Respiración	<input type="checkbox"/> Ataque cerebral
<input type="checkbox"/> Presión sanguínea/hipertensión	<input type="checkbox"/> Oídos/ojos	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (alcohol/drogas)
<input type="checkbox"/> Vasos sanguíneos/circulación	<input type="checkbox"/> Epilepsia/ataques	<input type="checkbox"/> Trastorno mental/emocional	<input type="checkbox"/> Garganta/Amígdalas/Dificultad al tragar
<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Esófago /Digestión/Enfermedad de Reflujo Gastroesofageal (ERGE)	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Tiroides/Pituitaria/Adrenal
<input type="checkbox"/> Cerebro	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Afección muscular	<input type="checkbox"/> Tumor/formación
<input type="checkbox"/> Otro _____			

\*El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una enfermedad grave. Su causa es un virus denominado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Este virus se encuentra en ciertos fluidos corporales humanos de personas infectadas, principalmente en el semen y la sangre. Si el virus del SIDA ingresa en la corriente sanguínea, puede dañar las defensas del organismo contra enfermedades, ocasionando enfermedades que pueden ser fatales. No existe cura conocida.

**4. En el espacio más abajo, describa todas las afecciones señaladas en el apartado 3g que figura más arriba y proporcione información adicional a las preguntas 2 a-c y 3 a-f, si fuera necesario.**

Pregunta Número	Persona Afectada	Diagnóstico	Fecha en que comenzó el ataque/enfermedad	Detalles/Síntomas	Tratamientos Recibidos	Fecha de recuperación plena
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si usted está proporcionando información adicional en hoja separada.						

**Certificación:** Certifico por el presente que estas respuestas y declaraciones son completas y verdaderas a mi mejor saber y entender. Yo informaré a Aetna de cualquier cambio en la información proporcionada que tenga lugar entre la fecha en que se completó la solicitud y la fecha en que la cobertura entra en vigencia. Estoy de acuerdo en que este documento forme parte de mi solicitud de cobertura de grupo y certifico que se me ha entregado una copia de este documento que yo mismo he llenado por completo.

**Reconocimientos:** Comprendo que, de conformidad con lo permitido por la ley estatal, las declaraciones falsas podrían ocasionar la denegación de reclamaciones o la nulidad de mi cobertura de seguro a partir de su fecha de vigencia, sin que se pague beneficio alguno. Comprendo que las afecciones reveladas en este formulario podrían estar sujetas a todas las disposiciones del Patrocinador de mi Plan, inclusive las limitaciones que existan en relación con afecciones preexistentes, disposición de declaración falsa, requisitos de permanencia del empleado en el trabajo activo y del estado de salud de los dependientes. Mi firma aquí indica que he revisado toda la información y las declaraciones que aparecen en este formulario para verificar que son completas y verdaderas.

**Autorización:** Para todos los médicos y otros profesionales de la salud, hospitales y otras instituciones de cuidado de la salud, aseguradores, planes de servicio médico y hospitalario y planes de salud prepagados, empleadores y el Buró de Información Médica (Medical Information Bureau): Ustedes están autorizados a proveer a Aetna Life Insurance Company (en lo adelante mencionado como "Aetna"), información relacionada con la atención médica, el asesoramiento, tratamiento o suministros (inclusive aquellos relacionados con enfermedad mental y/o SIDA/CRS/VIH) provistos a mí o a mis familiares para quienes solicito la cobertura. (Los residentes de Minnesota no tendrán que proporcionar información con respecto a los resultados de pruebas de SIDA/CRS/VIH realizados en un transgresor de la ley o una víctima de crimen). Reconozco que la información obtenida de cualquiera o de todo lo que se menciona arriba puede acarrear una mayor investigación de emisión de seguro. Esta información será utilizada para fines de determinar elegibilidad para cobertura. Esta autorización será válida por doce (12) meses a partir de la fecha en que es firmada. **Certifico que he leído las secciones "Aviso de Privacidad" y "Revelaciones Falsas" que aparecen en la "Página 2 de 4" de este formulario y comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, a mi solicitud.** Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como la original.

Firma del Empleado/Miembro o de la persona autorizada (la firma se requiere siempre)	Fecha	Firma del cónyuge o de la persona autorizada (se requiere la firma cuando se solicita cobertura para el cónyuge)	Fecha
--	-------	--	-------