

# Reconocimiento:

- Guía del comprador de Enfermedades especificados  
- Beneficiarios adicionales

**AdventHealth**

**802628**

**INFORMACIÓN SOBRE USTED. Enviar por fax el formulario completo a: (407) 599-0550  
Enviar por correo postal el formulario completo a: CustomerserviceWP@usenrollments.com**

Escriba su nombre (nombre, inicial  
de segundo, apellido)

Número de Seguro  
Social

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

## Lea esta página atentamente

Como empleado, usted debe completar, firmar y presentar este formulario a su empleador.

1. **Miembros y residentes de la póliza de Utah, Maine y New Hampshire:** ¿Ha recibido una copia de la Guía del comprador de Enfermedades especificados?  Sí  No

2. Por favor enumere los beneficiarios para el(los) plan(planes) de Accidente. Usted puede enumerar hasta cinco beneficiarios por producto.

**El porcentaje del gran total debe ser igual a 100% y no puede ser superior o menor que 100%.**

a. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género:
b. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género:
c. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género:
d. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género:
e. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:

3. Por favor enumere los beneficiarios para el(los) plan(planes) de Enfermedad crítica. Usted puede enumerar hasta cinco beneficiarios por producto.

**El porcentaje del gran total debe ser igual a 100% y no puede ser superior o menor de 100%.**

a. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
<hr/>	
Tipo de beneficiario:	Dirección:
<hr/>	
Relación:	Número de Seguro Social:
<hr/>	
Fecha de nacimiento:	Género:
<hr/>	
b. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
<hr/>	
Tipo de beneficiario:	Dirección:
<hr/>	
Relación:	Número de Seguro Social:
<hr/>	
Fecha de nacimiento:	Género:
<hr/>	
c. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
<hr/>	
Tipo de beneficiario:	Dirección:
<hr/>	
Relación:	Número de Seguro Social:
<hr/>	
Fecha de nacimiento:	Género:
<hr/>	
d. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
<hr/>	
Tipo de beneficiario:	Dirección:
<hr/>	
Relación:	Número de Seguro Social:
<hr/>	
Fecha de nacimiento:	Género:
<hr/>	
e. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
<hr/>	
Tipo de beneficiario:	Dirección:
<hr/>	
Relación:	Número de Seguro Social:
<hr/>	

4. Por favor enumere los beneficiarios para el(los) plan(planes) de Indemnización hospitalaria. Usted puede enumerar hasta cinco beneficiarios por producto.

**El porcentaje del gran total debe ser igual a 100% y no puede ser superior o menor de 100%.**

a. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género:
b. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género:
c. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género:
d. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género:
e. Beneficiario (en letra de molde):	% del importe para el beneficiario:
Tipo de beneficiario:	Dirección:
Relación:	Número de Seguro Social:

**INFORMACIÓN SOBRE USTED. Enviar por fax el formulario completo a: (407) 599-0550  
Enviar por correo postal el formulario completo a: CustomerserviceWP@usenrollments.com**

Escriba su nombre (nombre, inicial de segundo, apellido)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
--	-------------------------	----------------------------------

---

**Reconocimiento:** Entiendo que, en la medida permitida por la ley estatal, las declaraciones falsas pueden dar lugar a la denegación de reclamos, o en mi cobertura de seguro de estar nula a partir de su fecha de vigencia sin ningún beneficio por pagar. Entiendo que las condiciones que se describen en este formulario pueden estar sujetas a todas las condiciones del plan de mi empleador. Mi firma indica que he revisado toda la información y las declaraciones en este formulario para la integridad y exactitud. **Reconozco que he leído el Aviso de Privacidad y la sección de Información falsa durante el proceso de inscripción y sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización a solicitud.** Estoy de acuerdo que una copia reprográfica de esta autorización es tan válida como el original.

Nombre del empleado (en letra de molde)

---

Firma del empleado

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)

---

## Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

## Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

---

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

---

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

---

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

---

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

---

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

---

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

---

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

---

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

---

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

---

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

---

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

---

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

---

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

---

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

---

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

---

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

---