



Escriba sólo con tinta negra en letra de imprenta o a máquina. Vea las instrucciones al reverso antes de contestar el formulario. Guarde la última copia para sus archivos y úsela como identificación provisional después de la fecha de vigencia. (Vea el pie de página * al reverso.)

PARA EL EMPLEADOR

Nombre de la compañía _____

Fecha de contratación _____

Núm. de grupo _____

Unidad de inscripciones _____

Fecha de vigencia de inscripción o cobertura _____

INSCRIPCIÓN NUEVA *Marque una:*

Comprador nuevo

Inscripción abierta

Contratación nueva (*conteste las secciones A, B, C, D*)

(*conteste las secciones A, B, C, D*)

Pérdida de otra cobertura (*conteste las secciones A, B, C, D*)

Otro (*especifique*) _____

PLAN *Marque una:* HMO Plan de deducibles

Fecha del acontecimiento _____

SI ES PARA UN CAMBIO, CONTESTE LO SIGUIENTE:

Agregar dependientes (*conteste las secciones A, B, D*) Eliminar dependientes (*conteste las secciones A, B, D*)

*Motivo: _____ (*consulte el Cuadro de Motivos del Cambio*) Fecha del acontecimiento: _____

Cambio de nombre (*conteste las secciones A, B, D*) De: _____ A: _____

Dirección (*conteste la sección A*) Teléfono (*conteste la sección A*)

A. DATOS DEL EMPLEADO

Nombre (Apellido, nombre, inicial del 2° nom.) _____

Apellido previo (*si tuvo*) _____

Dirección del hogar _____

Núm. de apto. _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono (casa) _____

Teléfono (trabajo) _____

Núm. de Expediente Médico (*si se sabe*) _____

M F

Sexo Correo electrónico _____

Núm. de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____

Idioma hablado o escrito preferido (*optativo*) _____

Grupo étnico (*optativo*) _____

B. DATOS DE LA FAMILIA *Agregue una hoja aparte para los dependientes adicionales y ponga el nombre del empleado en la parte superior. (Apellido, nombre, inicial del 2° nom.)*

Agregar Eliminar Cónyuge Pareja de hecho

Sexo M F

Núm. de Seguro Social _____

Nombre del cónyuge/pareja de hecho: _____

Fecha de nac. _____

Núm. de Expediente Méd. _____

Apellido previo (*si tuvo*): _____

Agregar Eliminar Niño Estudiante

Sexo M F

Núm. de Seguro Social _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nac. _____

Núm. de Expediente Méd. _____

Relación: _____

Agregar Eliminar Niño Estudiante

Sexo M F

Núm. de Seguro Social _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nac. _____

Núm. de Expediente Méd. _____

Relación: _____

¿Alguno de sus dependientes antes mencionados vive en otra dirección Sí No Si la respuesta es "sí", conteste lo siguiente:

Nombre(s) (Apellido, nombre, inicial del 2° nom.): _____ Dirección: _____

C. OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA:

¿Alguna de las personas antes mencionadas, usted incluido, tiene otra cobertura? Sí No

Nombre _____

Nombre de la aseguradora _____

Núm. de póliza/Fecha de vigencia de póliza _____

Teléfono _____

D. Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan: Entiendo que me someteré a arbitraje obligatorio conforme a las leyes de California y que no entablaré demandas ni recurriré a procedimientos judiciales, excepto cuando las leyes correspondientes dispongan una revisión judicial del procedimiento de arbitraje, en todas las disputas entre mis herederos, otras partes asociadas y yo, por una parte, y Health Plan, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas, por la otra, por supuestas violaciones de cualquier obligación que surjan o estén relacionada con la membresía en Health Plan, incluidas todas las reclamaciones por negligencia médica u hospitalaria, por responsabilidad civil de las instalaciones o relativas a la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de la teoría jurídica (a excepción de los casos del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía y las reclamaciones sujetas al proceso de apelaciones de Medicare y si mi Grupo debe cumplir con la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados con respecto a determinadas disputas relacionadas con los beneficios). Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio por jurado y aceptar usar arbitraje obligatorio. Entiendo que el documento *Evidence of Coverage* contiene la disposición completa sobre el Arbitraje.

Firma del empleado/solicitante _____

Fecha _____

Firma del empleador _____

Fecha _____

Región de California - Formulario de inscripción/cambios de grupo

Instrucciones generales:

1. Escriba firme y legiblemente con letra de imprenta y tinta negra.
2. Para poder inscribirse debe residir en uno de los códigos postales que figuran en la hoja adjunta.
3. El empleador debe contestar la primera sección ("Para el empleador").
4. Es responsabilidad del empleador confirmar todos los datos antes de entregar el formulario, especialmente las fechas de vigencia ya que éstas afectan sus cuotas de Health Plan.
5. El empleado/suscriptor debe contestar de la Sección A a la C. Consulte las instrucciones detalladas en la columna derecha.
6. Asegúrese de firmar y fechar al final del formulario.
7. Una vez que complete el formulario (incluida la sección del empleador), el suscriptor se quedará con la última copia para sus archivos para usarla como tarjeta provisional después de la fecha de vigencia.
8. Todos los cambios a las cuentas, incluidas las fechas de vigencia y la categoría de niño o estudiante, se harán conforme al acuerdo contractual entre el comprador y Kaiser Permanente.

Instrucciones para contestar las secciones del empleador y de inscripciones nuevas, y de la Sección A al D.

Para el empleador: El empleador debe contestar todas las preguntas para asegurarse de que tenemos información correcta sobre la cuenta y el motivo de la inscripción. Es responsabilidad del empleador confirmar todos los datos que entregue el suscriptor, especialmente las fechas de vigencia ya que afectan las cuotas de Health Plan.

Si está haciendo un cambio, el suscriptor siempre debe contestar esta sección, aunque sean cambios mínimos en la cuenta. Esto asegura que nuestra información esté al día. Marque la casilla si tiene una dirección nueva.

Sección A: El suscriptor debe contestar esta sección.

Sección B: El suscriptor debe indicar el cambio que requiere para su cuenta y contestar todas las preguntas sobre los dependientes que esté inscribiendo. Verificaremos la elegibilidad de estos dependientes durante el proceso de inscripciones. Asegúrese de incluir cualquier apellido previo de los cónyuges y los dependientes. También indique la categoría apropiada. Sólo se debe marcar la categoría de estudiante si el dependiente califica como "dependiente mayor de edad" que asiste a la escuela. Póngase en contacto con su empleador sobre sus reglas para los estudiantes dependientes mayores de edad. Es posible que se requiera una *Certificación de Estudiante* completada.

Secciones C, D: El suscriptor debe contestar estas secciones.

Cuadro de Motivos del Cambio

Motivo para agregar dependientes	Fecha del acontecimiento
Categoría adquirida de estudiante*	Fecha en que se obtuvo la categoría de estudiante
Adopción en la familia*	Fecha de la adopción
Pérdida de cobertura	Fecha en que se perdió la cobertura
Nuevo cónyuge (matrimonio)*	Fecha del matrimonio
Mudanza al área de servicio	Fecha de la mudanza
Agregar un recién nacido	Fecha de nacimiento
Inscripción abierta	Fecha de vigencia de la inscripción abierta
Motivo para eliminar dependientes	Fecha del acontecimiento
Pérdida de la categoría de estudiante	Fecha del cambio de categoría
Divorcio	Fecha del divorcio
Fallecimiento del miembro*	Fecha de defunción
Eliminar dependiente(s)	Fecha de terminación del dependiente
Inscripción abierta	Fecha de vigencia de la inscripción abierta

*Es posible que se requiera documentación adicional.