

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Por favor sólo escriba con letra de molde o a máquina y con tinta negra. Vea las instrucciones al reverso antes de llenar este formulario. Saque copias para sus récords.

## Para ser llenado por el EMPLEADOR

Nombre de la compañía\*

Fecha efectiva de cobertura\*

Número del grupo\*

Unidad/Plan de inscripción\*

### Parte I:

Comprador nuevo (Llene las secciones A, B y C.)

Póliza existente (Llene la Parte II y las secciones A, B y C.)

### Parte II: Razón de inscripción\* (Por favor marque una.)

Fecha de contratación\* \_\_\_\_\_  
Fecha

Contratación nueva

Medio tiempo o tiempo completo \_\_\_\_\_  
FECHA

Otra \_\_\_\_\_

Inscripción abierta

Pérdida de cobertura \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha del evento

## Para ser llenado por el EMPLEADO

¿Usted es o alguna vez ha sido miembro o ha recibido atención de Kaiser Permanente?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es o era su número de expediente médico (si lo sabe)? \_\_\_\_\_ ¿En qué estado? \_\_\_\_\_

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo)\*

Nombre anterior/de soltera (si hay)

Dirección casa\*

Depto. #

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono casa\*

Teléfono trabajo

Número de Seguro Social (opcional)

Fecha de nacimiento\*

Correo electrónico

Sexo\*  M  F

Idioma que prefiere hablar o escribir (opcional)

Etnicidad (opcional)

### Información familiar

Para dependientes adicionales, incluya una hoja separada y por favor escriba el nombre del empleado arriba de la hoja.

Cónyuge  Pareja doméstica

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo):

Nombre anterior (si aplica):

Sexo

M  F

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento MM/DD/AA

Número de expediente médico

Niño  Estudiante

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo):

Relación:

Sexo

M  F

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento MM/DD/AA

Número de expediente médico

Niño  Estudiante

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo):

Relación:

Sexo

M  F

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento MM/DD/AA

Número de expediente médico

Niño  Estudiante

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo):

Relación:

Sexo

M  F

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento MM/DD/AA

Número de expediente médico

¿Alguno de sus dependientes que figuran arriba vive en otra dirección?  Sí  No En caso afirmativo por favor llene los siguiente:

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo)

Dirección

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan: Yo comprendo que (excepto por los casos en la corte de reclamaciones menores, las quejas sujetas al procedimiento de apelación de Medicare, y, si mi grupo debe cumplir con el Acto para la Seguridad de la Jubilación del Empleado [ERISA, por sus siglas en inglés] sobre ciertas disputas relacionadas a beneficios) cualquier disputa entre yo, mis herederos, u otras personas asociadas por un lado y el Health Plan, sus proveedores de atención médica, u otras personas asociadas por el otro lado, por la supuesta violación de cualquier obligación que surge de o está relacionada a la membresía con el Health Plan, incluyendo cualquier queja por negligencia médica o del hospital (una queja indica que los servicios médicos eran innecesarios o sin autorización, o fueron pr oporcionados inadecuadamente, negligentemente o incompetentemente), por responsabilidad de las instalaciones, o relacionada a la cobertura para, o entrega de, servicios o artículos, sin importar la teoría legal, debe ser decidido por arbitraje vinculante bajo la ley de California y no por una demanda legal o resumir al proceso de corte, excepto donde la ley aplicable proporciona la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio por jurado o por corte, y acepto el uso de arbitraje vinculante. Comprendo que la provisión completa sobre el arbitraje se encuentra en la Evidencia de Cobertura.

X

Firma del empleado/solicitante\*

Fecha\*

\*Requerido

# Solicitud de inscripción

## Instrucciones generales:

1. Por favor escriba con letra de molde y tinta negra.
2. Para inscribirse, usted debe vivir o trabajar dentro de uno de los códigos postales numerados en la sección "Cómo hacerse miembro" en el folleto de inscripción.
3. El empleador debe llenar la primera sección nombrada "Para ser llenado por el EMPLEADOR".
4. El empleador es responsable de confirmar toda la información antes de presentar la solicitud, especialmente las fechas efectivas ya que éstas afectan sus primas.
5. El empleado/suscriptor debe llenar las secciones de la A a la C.
6. Asegúrese de firmar y poner la fecha en la base del formulario.
7. Una vez que su formulario esté completo (incluyendo la sección del empleador), saque una copia para sus récords para usar como su Identificación Temporal de Membresía después de la fecha efectiva.
8. Todas las fechas efectivas y los status de niño o estudiante se harán de acuerdo con el acuerdo contractual entre el comprador (su empleador) y Kaiser Permanente.

## Instrucciones para llenar las secciones del empleador y las secciones de la A a la C:

**Secciones para el empleador:** El empleador debe llenar todas las áreas para asegurarse que tenemos la información correcta de la razón de la cuenta y de la razón de inscripción. El empleador es responsable por confirmar toda la información presentada por el suscriptor, especialmente las fechas efectivas, ya que estas afectan sus primas.

**Sección A:** El suscriptor debe llenar esta sección.

**Sección B:** El suscriptor debe llenar todas las secciones para cualquier dependiente que se inscriba. Nosotros verificaremos la elegibilidad de estos dependientes durante el proceso de inscripción. Asegúrese de incluir los apellidos anteriores del cónyuge y los dependientes. También indique la asignación correcta. La asignación de estudiante sólo debe ser marcada si el dependiente califica como un estudiante mayor de edad inscrito en la escuela. Por favor consulte a su empleador sobre las reglas del empleador para estudiantes dependientes mayor de edad. Se podría requerir un *Formulario de Certificación de Estudiante* completo.

**Sección C:** El suscriptor debe leer esta sección, firmarla y poner la fecha abajo.