

# 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 archivo 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 \_\_\_\_\_

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 Obligatorio de Kaiser Foundation Health Plan:** Yo entiendo que (excepto por casos de la Corte de Reclamaciones Menores y quejas sujetas al procedimiento de apelaciones de Medicare, y, si mi Grupo debe estar de acuerdo con ERISA, sobre ciertas disputas relacionadas a beneficios) cualquier disputa entre yo, mis herederos u otros asociados de un lado, y el Plan de Salud, sus proveedores de atención médica, u otros asociados por otro lado, por la supuesta violación de cualquier deber que surge o relacionado a la membresía en el Plan de Salud, incluyendo cualquier queja por negligencia médica o del hospital, responsabilidad legal 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 obligatorio 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. Yo estoy de acuerdo a renunciar a mi derecho a un juicio por jurado, y acepto el uso de arbitraje obligatorio. Yo entiendo que la provisión completa del arbitraje se encuentra en la Evidencia de Cobertura.

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 "Para convertirse en 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 empleador/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 las razones de la cuenta y la 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.