

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Utilice este formulario para inscribirlo a usted y a sus dependientes en Kaiser Permanente. **Escriba claramente en letra de imprenta.**

Asegúrese de llenar el formulario de inscripción en su totalidad. La información omitida o inexacta retrasará el proceso de inscripción.

Empleador

1. Complete la Sección 1.

Si el motivo de la inscripción es *la pérdida de la cobertura* u *otro motivo*, el evento debe ser uno de los eventos desencadenantes de inscripción especial que se mencionan a continuación:

- Aumento en las horas de trabajo del empleado, por lo que cumple con sus requisitos de elegibilidad para el plan de seguro médico.
- Reincorporación al trabajo después de una licencia.
- Cancelación involuntaria o pérdida de otra cobertura de grupo.
- Un dependiente pierde otra cobertura que tenía.
- Matrimonio o adición de una pareja doméstica.
- Nacimiento.
- Adopción o puesta en adopción de un niño.
- Orden de la corte.
- Muerte de un cónyuge, pareja doméstica o dependiente.

2. Entregue a cada empleado un formulario para que lo llene.
3. Confirme que la información proporcionada en el formulario sea completa y exacta.
4. Entregue los formularios de inscripción completos a su corredor (de seguros) o a Kaiser Permanente.

Empleado

1. Complete las Secciones 2 a 4.
2. Firme y escriba la fecha en el formulario.
3. Haga una copia del formulario para sus archivos.

**Este formulario sirve como su identificación temporal de miembro de Kaiser Permanente.
Haga una copia y guárdela hasta que reciba su identificación oficial de miembro.**

Lea las instrucciones de la página 1 antes de llenar este formulario. Haga una copia para sus archivos.

1 A LLENAR POR EL EMPLEADOR Nueva cuenta de grupo Cuenta existente

Nombre de la compañía*	Número de grupo (si tiene uno asignado)	Fecha de vigencia* (puede comenzar únicamente el primero del mes) / /
Selección del plan*	Clasificación del empleado (si corresponde)	
Apellido del empleado	Primer nombre del empleado	Inic. 2.º nombre

Motivo de la inscripción (marque uno) Nueva cuenta de grupo Inscripción abierta Otro:

Si tiene una cuenta **existente**, envíe este formulario por fax al **858-614-3345** (Sur de California), **858-614-3344** (Norte de California) o por correo electrónico a **csc-sd-sba@kp.org**.

2 A LLENAR POR EL EMPLEADO

¿Ha sido miembro o ha recibido atención de Kaiser Permanente en California? Sí No

Si respondió "Sí", ¿cuál es su número de historia clínica (si lo sabe)?	Número de seguro social*	Nombre anterior/apellido de soltera	
Apellido*	Nombre*	Inic. 2.º nombre	Idioma preferido (opcional)
Dirección residencial*			Apt. N.º
Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)* / /	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono de día () -	Teléfono por la noche () -
Dirección postal (si es distinta a la dirección residencial)			Apt. N.º
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible, solo puede inscribirse o cambiar su cobertura durante un período de inscripción abierta anual establecido por su empleador, o durante un período de inscripción especial, si se ha producido un evento desencadenante. Tiene que solicitar la cobertura no más de 60 días después del evento desencadenante. Los eventos desencadenantes para una inscripción especial incluyen:

- Pérdida de la cobertura (mínima esencial) de atención médica a resultado de cualquiera de los factores siguientes: pérdida de la cobertura patrocinada por el empleador porque usted y/o su dependiente ya no cumplen los requisitos de elegibilidad o su empleador ya no ofrece cobertura o deja de contribuir a los pagos de la prima; pérdida del derecho a la membresía para cobertura de COBRA (por otro motivo que no sea la cancelación con causa o la falta de pago de la prima); finaliza la cobertura individual, de Medi-Cal, Medicare u otra cobertura gubernamental suya y/o de su dependiente; o por cualquier otro motivo que no sea la falta de pago de las primas a tiempo o situaciones que permitan una rescisión (fraude o tergiversación de hechos importantes); o pérdida de la cobertura de atención médica, incluida entre otras, la pérdida de dicha cobertura por circunstancias que se describen en la Sección 54.9801-6(a)(3)(i) a (iii), inclusive, del Título 26 del Código de Reglamentos Federales y las circunstancias que se describen en la Sección 1163 del Título 29 del Código de Estados Unidos;
- Agrega un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, pareja doméstica, nacimiento, adopción, o puesta para adopción o suposición de una relación padre/madre-hijo;
- Un tribunal federal o estatal ordena que usted o sus dependientes reciban cobertura;
- Reubicación permanente, tal como cambio a un nuevo lugar y tener una opción diferente de plan de salud, o ser liberado de prisión;
- El emisor de la cobertura de salud anterior infringió gravemente una cláusula material del contrato de la cobertura de salud;
- La participación de un proveedor de la red en su plan de salud y/o el de su dependiente finalizó cuando usted y/o sus dependientes estaban bajo atención activa por una de las siguientes afecciones: una afección médica aguda (una afección médica aguda es un problema médico que implica el inicio repentino de síntomas a causa de una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiera atención médica inmediata y que tenga una duración limitada); una afección médica crónica grave (una afección médica crónica grave es un problema médico a causa de una enfermedad, afección u otro problema médico o trastorno médico que sea de naturaleza grave y que persista sin cura total o que empeore en un período largo de tiempo o requiera tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro); embarazo; enfermedad terminal (una enfermedad terminal es un problema médico incurable o irreversible que tiene una probabilidad alta de causar la muerte en un año o menos); cuidados de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad; o realización de una cirugía u otro procedimiento que ha recomendado y documentado el proveedor que se produzca en el período de los 180 días siguientes a la fecha de terminación del contrato o en los 180 días siguientes a la fecha efectiva de la cobertura para un recién asegurado con cobertura;
- Un miembro de las fuerzas de la reserva del ejército de Estados Unidos que regresa de un servicio activo o un miembro de la Guardia Nacional de California que regresa de un servicio activo en virtud del Título 32 del Código de Estados Unidos;
- Una persona demuestra al Departamento de Atención Médica Administrada o al Departamento de Seguro, según corresponda, con respecto a los planes de beneficios médicos ofrecidos fuera del Intercambio, que la persona no se inscribió en un plan de beneficios médicos durante el período de inscripción inmediatamente anterior disponible porque la persona estuvo mal informada o tenía la cobertura esencial mínima.

*Campo obligatorio para las inscripciones.

3 INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (indique **solamente** aquellos miembros de la familia que se vayan a inscribir).

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*		Número de historia clínica (si lo conoce)	
<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de historia clínica (si lo conoce)	
<input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de historia clínica (si lo conoce)	
<input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de historia clínica (si lo conoce)	
<input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de historia clínica (si lo conoce)	
<input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de historia clínica (si lo conoce)	

¿Alguno de sus dependientes nombrados arriba vive en otra dirección? Sí No En caso afirmativo, conteste lo siguiente:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección

4 FIRMA

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC., ACUERDO DE ARBITRAJE†

Entiendo que (a excepción de los casos del tribunal de demandas de menor cuantía, las reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA, y cualquier otra reclamación que no puede estar sujeta al arbitraje obligatorio bajo las leyes vigentes), toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas (por un lado) y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier deber que surja o esté relacionado con su membresía en KFHP, incluida cualquier reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indique que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, debe decidirse por medio de un arbitraje obligatorio según la ley de California y no por medio de una demanda ni recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente estipule una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto *Evidence of Coverage* incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)*	Cargo (en letra de imprenta)
Firma del empleado*	Fecha
X	

*Campo obligatorio para las inscripciones.

†Las disputas resultantes de la cobertura totalmente asegurada de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) no están sujetas a arbitraje obligatorio: 1) planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) y 2) planes dentales KPIC.