

Escriba sólo con tinta negra en letra de molde 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).

SECCIÓN PARA EL EMPLEADOR			
Nombre de la compañía		Fecha de contratación (mes/día/año)	
Núm. de grupo	Unidad de inscripciones	Fecha de vigencia de inscripción o cobertura (mes/día/año)	

**INSCRIPCIÓN NUEVA** Marque uno:

<input type="checkbox"/> Contratación nueva (conteste las secciones A, B, C, D)	<input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura (conteste las secciones A, B, C, D)
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta (conteste las secciones A, B, C, D)	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
<input type="checkbox"/> Grupo nuevo	Fecha del acontecimiento (mes/día/año) _____

**PLAN** Marque uno:     HMO     Plan con deducibles     Otro \_\_\_\_\_

**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 cambios) \_\_\_\_\_ Fecha del acontecimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

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

**Cambio de dirección** (conteste la sección A)     **Cambio de teléfono** (conteste la sección A)

**A. EMPLEADO**

Núm. de expediente médico (si se sabe)		Núm. de Seguro Social		
Nombre ( <b>Apellido, nombre, inicial del 2º nom.</b> )		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección del hogar	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. (trabajo)	Tel. (casa)	Correo electrónico		
Idioma hablado o escrito preferido			Origen étnico	

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

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de Seguro Social
Nombre del cónyuge/pareja de hecho:			Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Apellido previo (si tuvo):			Núm. de expediente médico
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de Seguro Social
Nombre del dependiente:			Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Relación:			Núm. de expediente médico
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de Seguro Social
Nombre del dependiente:			Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Relación:			Núm. de expediente médico
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de Seguro Social
Nombre del dependiente:			Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Relación:			Núm. de expediente médico

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

Nombre (**Apellido, nombre, inicial del 2º nom.**): \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**C. OTRA 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	Núm. de tel.
--------	--------------------------	--------------------------------------	--------------

**D. Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan:** Entiendo que (a excepción de los casos del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía, las reclamaciones sujetas al proceso de apelaciones de Medicare, y los casos en que mi Grupo deba cumplir con ERISA, con respecto a determinadas disputas relacionadas con los beneficios), 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 otra parte, por supuestas violaciones de cualquier obligación que surjan o estén relacionadas con la membresía en Health Plan, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación que establezca que los servicios médicos fueron innecesarios, no se autorizaron, o se prestaron de manera indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativas a la cobertura o prestación de servicios o artículos, se decidirán, independientemente de la teoría jurídica, por arbitraje obligatorio conforme a las leyes de California y no por demandas ni procedimientos judiciales, excepto cuando las leyes correspondientes dispongan una revisión judicial del procedimiento de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio por jurado y aceptar el uso de 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
--------------------------------	-------	---------------------	-------

\*Es posible que se requiera documentación adicional.

**Instrucciones generales:**

1. Escriba firme y legiblemente con letra de molde y tinta negra.
2. Para poder inscribirse, el solicitante debe residir o trabajar en uno de los códigos postales que figuran en la hoja adjunta.
3. El empleador debe contestar la primera sección titulada "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/solicitante debe contestar las secciones 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 llene el formulario (incluida la sección del empleador), el solicitante se quedará con la última copia para sus archivos, para usarla como tarjeta provisional de identificación 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 e inscripciones nuevas y las secciones A a la D:**

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

**Si está haciendo un cambio,** el solicitante 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 solicitante debe contestar esta sección.

**Sección B:** El solicitante debe indicar el cambio que requiere para su cuenta y llenar todos los campos 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 las reglas para los estudiantes dependientes mayores de edad. Es posible que se requiera una *Certificación de Estudiante* llena.

**Secciones C, D:** El solicitante debe contestar estas secciones.

**Cuadro de cambios**

<b>Agregar dependientes</b>	<b>Fecha del acontecimiento</b>
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
<b>Eliminar dependientes</b>	<b>Fecha del acontecimiento</b>
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.