

Solicitud de inscripción

Use tinta negra. Lea las instrucciones en la página 3 antes de llenar este formulario.

A El EMPLEADOR debe llenar esta sección Nueva cuenta de grupo Cuenta de grupo existente

Nombre de la compañía* _____ Número de cuenta de grupo _____ Fecha de entrada en vigor de la cobertura* _____/_____/_____

Unidad de inscripción _____ Plan seleccionado _____ Clasificación del empleado (si corresponde) _____

Nombre del empleado _____ Fecha de contratación _____/_____/_____

***Motivo de la inscripción (marque una)**

Nueva cuenta de grupo Nuevo empleado Inscripción abierta Media jornada a jornada completa _____/_____/_____

Pérdida de cobertura _____/_____/_____ Otro motivo _____ Fecha del evento _____/_____/_____

B El EMPLEADO debe llenar esta sección

¿Es o ha sido miembro alguna vez, o ha recibido atención, de Kaiser Permanente en California? Sí No

En caso afirmativo, número de expediente médico (si es conocido) _____ Nombre anterior/de soltera _____

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo)* _____ N.º de Seguro Social* _____ Idioma que prefiere hablar/escribir (opcional) _____

Dirección de su domicilio* _____ Depto. _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Fecha de nacimiento* _____/_____/_____ Sexo* M F _____ Teléfono de su domicilio* _____ Teléfono del trabajo _____

C Información familiar

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Fecha de nacimiento* _____	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social* _____ N.º de registro médico (si es conocido) _____
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Fecha de nacimiento* _____	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social* _____ N.º de registro médico (si es conocido) _____
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Fecha de nacimiento* _____	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social* _____ N.º de registro médico (si es conocido) _____

¿Agregará dependientes adicionales? Sí No **Agregue dependientes adicionales en la página 2.**

D Acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y Kaiser Permanente Insurance Company†

Entiendo que (con excepción de los casos ante los tribunales de demandas de menor cuantía, las reclamaciones sujetas al procedimiento de apelación de Medicare y, si estoy afiliado a un grupo sujeto a la ley ERISA, ciertas disputas relacionadas con beneficios*) toda disputa entre mi persona, mis herederos, parientes u otras partes asociadas por un lado y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), cualquiera de sus proveedores de atención médica, administradores u otras partes asociadas por el otro, en relación con una supuesta violación de cualquiera de las obligaciones derivadas o relacionadas con la afiliación a KFHP o con el seguro de KPIC, incluida cualquier demanda por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación según la cual los servicios médicos prestados fueron innecesarios o no autorizados, o fueron prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberán resolverse en un pleito o procedimiento judicial, sino por arbitraje vinculante conforme a las leyes de California, salvo que las normas pertinentes determinen la obligatoriedad de la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acuerdo renunciar a nuestro derecho a someter el caso a un juicio ante jurado y acepto recurrir al arbitraje vinculante. Entiendo que todas las cláusulas en materia de arbitraje se encuentran en la *Evidencia de Cobertura* y en el *Certificado de Seguro*.

†Las disputas que surjan de cualquiera de los siguientes productos de KPIC no están sujetas a ningún arbitraje vinculante: 1) Niveles 2 y 3 de los Planes con Puntos de Servicio; 2) los Planes PPO y los Planes de Indemnidad fuera del área, y 3) los Planes Dentales de KPIC.

X

Firma del empleado* (use tinta negra)

Fecha*



*Información requerida

Marque si envía página(s) adicional(es)

Solicitud de inscripción

Si no necesita espacio adicional para sus dependientes, no es necesario llenar ni enviar por fax esta página.

Nombre del empleado _____	Nombre de la compañía* _____	_____/_____/_____ Fecha de entrada en vigor de la cobertura*
Número de grupo _____	Plan seleccionado _____	

E Información familiar (dependientes adicionales)

<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Fecha de nacimiento* _____	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social* _____ N.º de registro médico (si es conocido) _____
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo) _____			
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Fecha de nacimiento* _____	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social* _____ N.º de registro médico (si es conocido) _____
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo) _____			
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Fecha de nacimiento* _____	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social* _____ N.º de registro médico (si es conocido) _____
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo) _____			
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Fecha de nacimiento* _____	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social* _____ N.º de registro médico (si es conocido) _____
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo) _____			
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante	Fecha de nacimiento* _____	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social* _____ N.º de registro médico (si es conocido) _____
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo) _____			

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 que figuran en su folleto de inscripción (no corresponde para inscribirse en los planes PPO).
3. El empleador debe llenar la sección A nombrada "EL EMPLEADOR debe llenar esta sección".
4. El empleador es responsable de confirmar toda la información antes de presentar la solicitud, especialmente las fechas de entrada en vigor, ya que éstas afectan a sus primas.
5. El empleado/suscriptor debe llenar las secciones de la B a la E.
6. Asegúrese de firmar y poner la fecha al pie del formulario.
7. Una vez que haya llenado su formulario (incluida la sección del empleador), haga una copia para sus archivos, de manera que pueda utilizarla junto a su *Formulario de Identificación Temporal de Membresía* después de la fecha de entrada en vigor.
8. Todas las fechas de entrada en vigor y las categorías de niño o estudiante se determinarán 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 E:

Sección A: El empleador debe llenar todas las secciones para garantizar que tenemos la información correcta de la cuenta y de la razón de la inscripción. El empleador es responsable de confirmar toda la información presentada por el suscriptor, especialmente las fechas de entrada en vigor, ya que éste afecta a sus primas. La información solicitada sobre el plan seleccionado sólo se necesita si su grupo ofrece actualmente más de un plan de Kaiser Permanente.

Sección B: El empleado debe llenar esta sección.

Sección C: El empleado 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 de ambos cónyuges y de los dependientes. También indique la categoría correcta. Sólo debe marcarse la categoría de estudiante si el dependiente reúne los requisitos de un estudiante mayor de edad inscrito en una escuela o universidad. Por favor, consulte a su empleador sobre las reglas del empleador para estudiantes dependientes mayores de edad. Se podría requerir un *Formulario de Certificación de Estudiante* con todos los datos.

Sección D: El empleado debe leer esta sección, firmarla y escribir la fecha al pie de la misma.

Sección E: El empleado debe llenar esta sección sólo si necesita agregar dependientes adicionales.