

Formulario para Cambios en la Cuenta

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR Por favor escriba en letra de molde o a máquina usando sólo tinta negra.
Lea las instrucciones al reverso. Saque una copia para sus récords.

Nombre de la empresa <i>(requerido)</i>	Fecha de contratación <i>(requerida)</i>
Número de grupo <i>(requerido)</i>	Unidad/plan de inscripción <i>(requerido)</i>
	Fecha efectiva de cobertura <i>(requerida)</i>

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO—CAMBIO(S) SOLICITADO(S)

Añadir dependientes *(Llene las secciones A, B, C.)*
 Quitar dependientes *(Llene las secciones A, B.)*

Razón _____ *(Ver "Tabla de razones de cambio".)* Fecha del evento _____

Cambio de nombre *(Llene las secciones A, B, C.)* De _____ A _____

Domicilio *(Llene la Sección A.)* _____

Teléfono *(Llene la Sección A.)* _____

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Número de expediente médico
Domicilio del hogar	Depto. Ciudad Estado Código postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo
	Número de Seguro Social
Correo electrónico	

B. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Para dependientes adicionales, por favor añada una hoja separada y escriba el nombre del empleado arriba.

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre): Apellido anterior <i>(si es aplicable)</i> :	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nac. MM/DD/AA	Número de Seguro Social Número de expediente médico
<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Estudiante Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre): Relación:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nac. MM/DD/AA	Número de Seguro Social Número de expediente médico
<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Estudiante Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre): Relación:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nac. MM/DD/AA	Número de Seguro Social Número de expediente médico
<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Estudiante Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre): Relación:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nac. MM/DD/AA	Número de Seguro Social Número de expediente médico

¿Alguno de los dependientes que figuran arriba viven en un domicilio diferente? Sí No En caso afirmativo, llene lo siguiente:

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Domicilio
--	-----------

C. 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 ERISA ciertas disputas relacionadas a beneficios) cualquier disputa entre yo, mis herederos u otras personas asociadas por un lado, y el Plan de Salud, 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 Plan de Salud, incluyendo cualquier queja por negligencia médica o del hospital, 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 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. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio por jurado o por corte, y acepto el uso de arbitraje obligatorio. Comprendo que la provisión completa sobre el arbitraje se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*.

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

Formulario para Cambios en la Cuenta

Instrucciones generales

1. Por favor escriba con letra de molde y tinta negra.
2. El empleador debe llenar la primera sección nombrada "Para ser llenado por el empleador".
3. El empleador es responsable de confirmar toda la información antes de presentar la solicitud, especialmente las fechas efectivas ya que éstas afectan sus primas.
4. El empleado debe llenar las secciones de la A a la C. Consulte la columna a la derecha para instrucciones detalladas.
5. Asegúrese de firmar y poner la fecha en la base del formulario.
6. Una vez que su formulario esté completo (incluyendo la sección del empleador), el empleado debe sacar una copia para sus récords.
7. Todos los cambios a las cuentas, incluyendo las fechas efectivas y los estatus de niño o estudiante, se harán de acuerdo con el acuerdo contractual entre el empleador y Kaiser Permanente.

Instrucciones para llenar las secciones

Para ser llenado por el empleador: El empleador siempre 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 de confirmar toda la información presentada por el empleado, especialmente las fechas efectivas, ya que estas afectan sus primas.

Cambios solicitados: El empleado siempre debe llenar esta sección, aun cuando haga pequeños cambios a la cuenta. Esto asegura que nuestra información esté al día. Por favor marque la caja si su domicilio o número telefónico es nuevo.

Sección A: El empleado debe llenar esta sección.

Sección B: El empleado debe indicar el cambio solicitado para hacer en la cuenta, y 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 *dependiente 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 empleado debe llenar esta sección.

Tabla de razones de cambio

Razón para añadir a otro dependiente	Fecha del evento
Adquirió el estatus de estudiante*	Fecha en la que se obtuvo el estatus de estudiante
Adopción familiar*	Fecha de la adopción
Pérdida de cobertura	Fecha de la pérdida de la cobertura
Cónyuge nuevo (matrimonio)*	Fecha del matrimonio
Cambio al área de servicio	Fecha del cambio
Recién nacido	Fecha del nacimiento
Inscripción abierta	Fecha efectiva de la inscripción abierta
Razón para sacar a un dependiente	Fecha del evento
Pérdida de estatus de estudiante	Fecha del cambio de estatus
Divorcio	Fecha del divorcio
Fallecimiento del miembro*	Fecha del fallecimiento
Terminación de dependiente(s)	Fecha de la terminación del dependiente
Inscripción abierta	Fecha efectiva de la inscripción abierta

*Se podrían requerir documentos adicionales.