

Solicitud de inscripción médica / dental / de vida

LLENE en su TOTALIDAD la solicitud, FÍRMELA y anote la FECHA en la misma para su tramitación.

A. Información personal

Elija una opción: Inscripción como empleado nuevo Inscripción nueva de renovación Inscripción nueva de COBRA

Nombre de la compañía				Núm. de teléfono del empleador				Puesto del empleado				Fecha de empleo a tiempo completo							
Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. Estado <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <i>(Nota: Si usted o alguno de sus dependientes no se va a inscribir, también deberá llenar y firmar la sección de renuncia que figura al reverso).</i> civil <input type="checkbox"/> Pareja de hecho																			
Apellido del empleado												Número de Seguro Social del empleado							
Nombre del empleado												Fecha de nacimiento		Número de grupo					
Domicilio												Núm. de apto.		Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono del domicilio ()				Dirección de correo electrónico				Dirección postal (si es diferente del domicilio)											

B. Beneficio médico (seleccionar solamente un plan)

HMO	POS	PPO	INDEMNIDAD	HDHP*
<input type="checkbox"/> Plan 10 <input type="checkbox"/> Plan 30 <input type="checkbox"/> Plan 20/\$1,000	<input type="checkbox"/> POS 20/\$1,000 <input type="checkbox"/> POS 30/\$1,500	<input type="checkbox"/> PPO 30/\$500 <input type="checkbox"/> PPO HSA 2200*	<input type="checkbox"/> Plan de indemnidad (Indemnity Plan)	<input type="checkbox"/> HDHP 1400* <input type="checkbox"/> HDHP 2400*

* Plan de Salud con Deducibles Altos elegible para HSA

C. Información de inscripción (Llenar esta sección SOLAMENTE si elige cobertura médica y/o dental para usted o sus dependientes)

	Empleado	Cónyuge/Pareja de hecho	Hijo(a)/Nieta(a)	Hijo(a)/Nieta(a)	Hijo(a)/Nieta(a)
Apellido	<input type="checkbox"/> De vida solamente				
Nombre					
Relación con el empleado		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			
Número de Seguro Social		- -	- -	- -	- -
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento		/ /	/ /	/ /	/ /
¿Discapacitado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Inscripción para?	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental

* Los nietos pueden estar cubiertos si el padre o la madre está inscrito(a). Indicar el nombre del padre/de la madre inscrito(a):

NOTA: Para la inscripción de dependientes adicionales, llene las secciones A y C en una solicitud por separado.

D. Beneficios opcionales — Pregunte al administrador de su plan médico si su empleador ofrece alguno de los beneficios opcionales que figuran a continuación

Llene las secciones A, C y E para la cobertura del seguro de vida

COBERTURA DENTAL			
<input type="checkbox"/> DHMO 200 <input type="checkbox"/> PPO 1000 <input type="checkbox"/> FFS 1000 <input type="checkbox"/> DHMO 250 <input type="checkbox"/> PPO 1500 <input type="checkbox"/> FFS 1500	Si escoge los planes 200 ó 250, debe seleccionar un dentista: <input type="checkbox"/> Marque si el dentista es el proveedor actual <input type="checkbox"/> Marque si desea que se le asigne un dentista	Dentista:	Núm. de identificación:

SEGURO DE VIDA		
Nombre completo del beneficiario	Relación del beneficiario	Fecha de nacimiento del beneficiario

PREMIUM ONLY PLAN (P.O.P.)
<input type="checkbox"/> Deseo pagar mi parte de las primas de seguro elegibles antes de los impuestos

FIRMAR Y FECHAR LAS SECCIONES PERTINENTES EN EL REVERSO DEL FORMULARIO

E. Su reconocimiento LEGAL (Leer, firmar y fechar a pie de página)

Al presentar esta solicitud firmada, acuerdo y entiendo que el plan de salud que he elegido a través del programa Kaiser Permanente Choice Solution tendrá automáticamente un gravamen sobre cualquier pago de dinero proveniente de cualquier fuente, por servicios prestados en relación con una lesión causada por los actos u omisiones de terceros.

Estoy de acuerdo, en nombre propio y en el de mis dependientes, en aceptar los beneficios, copagos, deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos del contrato de grupo pequeño del plan de salud.

Autorizo a que mi médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica u otro centro médicamente relacionado proporcionen mi información médica protegida, y la de mi dependiente o dependientes, incluidos expedientes médicos, a los planes de salud de Kaiser Permanente Choice Solution participantes o sus agentes autorizados con el propósito de revisar, investigar o evaluar una solicitud o reclamación, así como para una revisión de utilización y control de calidad. Autorizo a que los planes de salud de Kaiser Permanente Choice Solution participantes, así como sus agentes, personas designadas o representantes, divulguen a un hospital, plan de salud, compañía de seguros o proveedor de atención médica aquella información médica protegida que fuera necesaria para llevar a cabo cualquiera de esas actividades. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente por un plazo máximo de 30 meses a partir de la fecha de su firma. Entiendo que yo, o una persona autorizada en mi nombre, tenemos el derecho de recibir una copia de este formulario de autorización.

He leído y entiendo la información que se me ha proporcionado en referencia a los Premium Only Plans y las consecuencias tributarias.

Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de California, que las siguientes declaraciones son verdaderas, correctas y hacen referencia al Empleador nombrado en esta solicitud, a mí mismo y a mis dependientes nombrados en esta solicitud:

- Trabajo activa y permanentemente para el Empleador y éste me considera elegible ya que trabajo 20 o más horas o 30 o más horas por semana, o califico como participante de COBRA/Cal-COBRA.
- No soy empleado temporal, de temporada, por día o según el artículo 1099 del IRS ni estoy asegurado, ni califico para estar asegurado, por la póliza sindical del Empleador.
- Las fechas de nacimiento de mis hijos son correctas. Mis hijos son solteros o no tienen una pareja de hecho y dependen económicamente de mí según las pautas del IRS. Son hijos naturales míos o de mi cónyuge/pareja de hecho, o son adoptados legalmente y/o pupilos legales no temporales míos o de mi cónyuge/pareja de hecho.
- Mis nietos son solteros o no tienen una pareja de hecho y dependen económicamente de mi hijo(a) cubierto(a) según las pautas del IRS. El(la) hijo(a) cubierto(a) mío(a) o de mi cónyuge/pareja de hecho es el padre/madre de mis nietos o éstos han sido legalmente adoptados por mí o por mi cónyuge/pareja de hecho, y/o éstos son pupilos legales míos o de mi cónyuge/pareja de hecho.

Entiendo que las declaraciones arriba indicadas están sujetas a confirmación en cualquier momento y **estoy de acuerdo** en proporcionar a CHOICE Administrators® toda la información necesaria para probar su veracidad.

Entiendo que las declaraciones falsas y/o la falta de proporcionar la información que se me solicite serán causa suficiente para dar por terminados todos los beneficios de Kaiser Permanente Choice Solution 15 días después de la fecha del aviso de terminación de beneficios, y yo seré responsable de todos los servicios y cargos contraídos a través de los proveedores del programa Kaiser Permanente Choice Solution a partir de dicha fecha.

Entiendo que todas aquellas personas, negocios o planes de salud que sufran pérdidas debido a declaraciones falsas contenidas en esta declaración podrán presentar una demanda legal contra mí para recuperar dichas pérdidas.

- Las declaraciones hechas son la base sobre la que se puede emitir la cobertura.
- Si se ha omitido o se ha indicado falsamente algún dato esencial, se podrá cancelar la cobertura o el contrato del empleador se podrá rescindir.
- He LEÍDO, ENTIENDO y CONFIRMO que tanto yo como mis dependientes hemos satisfecho todos los requisitos de elegibilidad indicados en la cuarta página de esta solicitud.

La ley de California prohíbe que los planes de servicios de atención médica requieran o usen pruebas de VIH como condición de la obtención de cobertura.

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan: Entiendo que (excepto en casos de reclamaciones de pequeña cuantía, reclamaciones sujetas al procedimiento de apelaciones de Medicare y, si mi Grupo debe cumplir con ERISA, ciertas disputas relacionadas con beneficios) toda disputa que yo, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por una parte, puedan tener con Health Plan, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas, por otro lado, por supuestos incumplimientos de cualquier obligación surgida o relacionada con la membresía en Health Plan, incluidas todas aquellas reclamaciones por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación en el sentido de que los servicios médicos no fueron necesarios o autorizados o fueron prestados de una manera inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de instalaciones o relacionadas con la cobertura o prestación de servicios o entrega de artículos, al margen de cualquier teoría legal, deberá ser decidida mediante arbitraje vinculante de conformidad con la ley de California y no mediante demanda judicial ni recurriendo a un procedimiento judicial, excepto que la ley vigente establezca una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Convengo en renunciar a nuestro derecho a juicio ante jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa sobre arbitraje consta en la Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*).

Firma del empleado

Fecha:



Nombre (en letra de molde)

Solicitantes de COBRA:

Indicar el evento calificador:

Fecha del evento calificador

Indicar el tipo de COBRA:

COBRA Cal-COBRA

Terminación del empleo

Reducción de horas

Hijo(a) ya no califica

Divorcio/separación legal

Derecho a Medicare

Fallecimiento del empleado

Para uso exclusivo de CHOICE Administrators

Nuevo grupo-empleado Nuevo contrato Inscripción abierta Fecha de vigencia:

¿Quién puede estar cubierto?

Fechas de vigencia

Requisitos que **DEBEN** satisfacerse:

¿Quién puede estar cubierto?	Fechas de vigencia	Requisitos que DEBEN satisfacerse:
<p>Nuevo cónyuge</p>	<p>La cobertura comienza el primer día del mes <u>posterior</u> a la fecha del matrimonio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El cónyuge debe estar casado legalmente con un empleado elegible y el empleado elegible debe estar de acuerdo en notificar inmediatamente a CHOICE Administrators® cuando se termine el matrimonio
<p>Bebé recién nacido, Hijo dependiente, Nieto†</p>	<p>La cobertura comenzará desde el momento del nacimiento hasta el final del mes calendario del nacimiento, o hasta el final de la hospitalización de la madre si ella es miembro (la fecha que ocurra más tarde). Las primas para la continuación de la cobertura del dependiente se cobrarán a partir del primer día del mes <u>posterior</u> al nacimiento.</p>	<p><u>El niño debe ser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hijo natural, hijastro, pupilo legal, nieto† o hijo adoptado del empleado elegible o del cónyuge o pareja de hecho del empleado elegible ■ Dependiente del empleado en un 50%, como mínimo, para su mantenimiento económico ■ No casado o no relacionado con una pareja de hecho ■ <u>Menor de 19 años de edad (a menos de estar discapacitado, habiendo ocurrido la discapacidad antes de los 24 años de edad) o estudiante de tiempo completo y menor de 24 años de edad</u> <p>Nota: Los estudiantes en instituciones postsecundarias que sufran una enfermedad o lesión grave que les impida permanecer clasificados como estudiante a tiempo completo permanecerán con la clasificación de estudiante durante un período máximo de 12 meses después de haber perdido la categoría de estudiante a tiempo completo si, dentro de un plazo de 31 días de haber perdido dicha clasificación, recibimos un certificado por escrito del médico que trata al niño certificando que dicho niño tiene una enfermedad o lesión grave y que la ausencia al centro de estudios u otro cambio en la inscripción es médicamente necesario.</p> <p>Dependientes discapacitados: Los dependientes que no puedan mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que exista antes de la edad límite califican para cobertura hasta que termine la discapacidad. Se requerirán documentos para comprobar la discapacidad. Una vez que el hijo llegue a la edad límite de cobertura, se requerirá anualmente la reverificación de la discapacidad.</p> <p style="text-align: right;">Los dependientes deben satisfacer todos los requisitos indicados para ser elegibles y poder inscribirse</p> <p><i>Se verificará la elegibilidad anualmente en la fecha del cumpleaños del hijo</i></p>
<p>Hijo adoptado, Hijastro, Pupilo legal no temporal</p>	<p>La cobertura entra en vigor en la fecha en que el miembro obtenga el derecho de controlar la atención médica del dependiente, y las primas se cobrarán el primer día del mes <u>posterior</u> a esta fecha.</p>	<p><u>El niño debe ser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hijo adoptado, hijastro o pupilo legal no temporal del empleado ■ Dependiente del empleado en un 50%, como mínimo, para su mantenimiento económico ■ No casado o no relacionado con una pareja de hecho ■ <u>Menor de 19 años de edad (a menos de estar discapacitado, habiendo ocurrido la discapacidad antes de los 24 años de edad) o estudiante de tiempo completo y menor de 24 años de edad</u> <p>Nota: Los estudiantes en instituciones postsecundarias que sufran una enfermedad o lesión grave que les impida permanecer clasificados como estudiante a tiempo completo permanecerán con la clasificación de estudiante durante un período máximo de 12 meses después de haber perdido la categoría de estudiante a tiempo completo si, dentro de un plazo de 31 días de haber perdido dicha clasificación, recibimos un certificado por escrito del médico que trata al niño certificando que dicho niño tiene una enfermedad o lesión grave y que la ausencia al centro de estudios u otro cambio en la inscripción es médicamente necesario.</p> <p>Dependientes discapacitados: Los dependientes que no puedan mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que exista antes de la edad límite califican para cobertura hasta que termine la discapacidad. Se requerirán documentos para comprobar la discapacidad. Una vez que el hijo llegue a la edad límite de cobertura, se requerirá anualmente la reverificación de la discapacidad.</p> <p style="text-align: right;">Los dependientes deben satisfacer todos los requisitos indicados para ser elegibles y poder inscribirse</p> <p><i>Se verificará la elegibilidad anualmente en la fecha del cumpleaños del hijo</i></p>
<p>Pareja de hecho</p>	<p><u>Durante la inscripción inicial o la renovación anual de grupo:</u> La cobertura comienza en la fecha de vigencia del grupo <u>Pérdida involuntaria de otra cobertura:</u> Se puede agregar a la pareja de hecho fuera del período de renovación solamente si pierde otra cobertura involuntariamente. La cobertura entra en vigor el primer día del siguiente mes <u>Incorporación a mediados de año:</u> La incorporación a mediados de año de una pareja de hecho requerirá una copia con el sello estatal del Certificado de Registro de Pareja de Hecho en un plazo no superior a 30 días de la fecha de emisión o una declaración jurada firmada de relación con una pareja de hecho del sexo opuesto y menor de 62 años de edad</p>	<p><u>El empleado y su pareja de hecho deben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Compartir una residencia común ■ No estar casados conforme a la ley consuetudinaria o a la ley escrita, ni ser parte de otra relación de pareja de hecho ■ Tener un mínimo de 18 años de edad ■ Compartir una relación íntima y dedicada ■ Ser ambos competentes mentalmente ■ No tener relación consanguínea con un grado de proximidad que prohibiría el matrimonio en este estado ■ Acordar notificar inmediatamente a CHOICE Administrators cuando se termine la relación de pareja de hecho <p style="text-align: right;">El empleado/pareja de hecho deben satisfacer todos los requisitos indicados para ser elegibles y poder inscribirse</p>
<p>Bebé recién nacido, Hijo dependiente, Nieto†, Hijo adoptado, Hijastro, Pupilo legal no temporal de la pareja de hecho</p>	<p>Véase la sección precedente sobre parejas de hecho</p>	<p><u>El niño debe ser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hijo natural, hijo dependiente, hijastro, nieto†, hijo adoptado o pupilo legal no temporal de la pareja de hecho ■ Dependiente del empleado en un 50%, como mínimo, para su mantenimiento económico ■ No casado o no relacionado con una pareja de hecho ■ <u>Menor de 19 años de edad (a menos de estar discapacitado, habiendo ocurrido la discapacidad antes de los 24 años de edad) o estudiante de tiempo completo y menor de 24 años de edad</u> <p>Nota: Los estudiantes en instituciones postsecundarias que sufran una enfermedad o lesión grave que les impida permanecer clasificados como estudiante a tiempo completo permanecerán con la clasificación de estudiante durante un período máximo de 12 meses después de haber perdido la categoría de estudiante a tiempo completo si, dentro de un plazo de 31 días de haber perdido dicha clasificación, recibimos un certificado por escrito del médico que trata al niño certificando que dicho niño tiene una enfermedad o lesión grave y que la ausencia al centro de estudios u otro cambio en la inscripción es médicamente necesario.</p> <p>Dependientes discapacitados: Los dependientes que no puedan mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que exista antes de la edad límite califican para cobertura hasta que termine la discapacidad. Se requerirán documentos para comprobar la discapacidad. Una vez que el hijo llegue a la edad límite de cobertura, se requerirá anualmente la reverificación de la discapacidad.</p> <p style="text-align: right;">Los dependientes deben satisfacer todos los requisitos indicados para ser elegibles y poder inscribirse</p> <p><i>Se verificará la elegibilidad anualmente en la fecha del cumpleaños del hijo</i></p>

† Se puede cubrir a un nieto si el padre/la madre es un(a) dependiente del empleado cubierto y el padre/la madre también está inscrito(a).