



# Formulario de inscripción o cambio del suscriptor de California

## Información del suscriptor y de la compañía

Escriba en letra de imprenta sólo con tinta azul o negra.

Número de páginas (incluida esta página)

### A. Información de la compañía (el administrador debe llenar esta parte)

Nombre de la compañía <input type="text"/>		ID del cliente* <input type="text"/>	ID de la unidad de inscripción* <input type="text"/>
Nombre/clasificación de la unidad de inscripción <input type="text"/>		Teléfono de contacto de elegibilidad <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Plan (ejemplo: HMO 20, DHMO 500/30) <input type="text"/>	Número de empleado <input type="text"/>	Fecha de vigencia de inscripción/cambio* (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Motivo de la inscripción si se agrega a un suscriptor o dependientes			
<input type="checkbox"/> Periodo de inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Elegibilidad reciente, nuevo empleado, reconstrucción o aumento de las horas	<input type="checkbox"/> Periodo de inscripción especial (según se describe en "Información adicional" en la página 2) debido a un evento calificado de vida el (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento del dependiente elegible			

### B. ¿Cuáles son los cambios requeridos? (El suscriptor debe marcar la casilla por cada cambio que solicita.)

<input type="checkbox"/> Inscribir al suscriptor (y dependientes)	<input type="checkbox"/> Eliminar dependientes de la cuenta del suscriptor	<input type="checkbox"/> Actualizar el domicilio
<input type="checkbox"/> Añadir dependientes a la cuenta del suscriptor existente	<input type="checkbox"/> Cambiar el nombre de suscriptor o de los dependientes	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

### C. Información del suscriptor o empleado

**Aviso: La ley de California prohíbe que los planes de servicios de atención médica o compañías de seguros médicos soliciten una prueba de VIH o la utilicen como una condición para obtener cobertura o la cobertura del seguro médico.**

¿Alguna vez esta persona ha recibido tratamiento en las instalaciones de Kaiser Permanente?  Sí  No Sexo:  Masculino  Femenino

Nombre* <input type="text"/>	Inicial del segundo nombre* <input type="text"/>
Apellido* <input type="text"/>	Número de historia clínica (si se conoce) <input type="text"/>
Nombre/sobrenombre anterior <input type="text"/>	Número de seguro social* <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Domicilio* (ubicación física, no escribir apartado postal) <input type="text"/>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ciudad* <input type="text"/>	Estado* <input type="text"/>
Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa) <input type="text"/>	Código postal* <input type="text"/>
Ciudad <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Estado <input type="text"/>
	Código postal <input type="text"/>

### D. Firma (firme en la parte inferior de esta página en la siguiente casilla de firma de suscriptor.)

**Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan.**† Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamaciones Menores [Small Claims Court], de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o de la reglamentación del procedimiento de reclamación de la ERISA [Employee Retirement Income Security Act, Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados] o de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta a arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o partes asociadas, por un lado, y KFHP (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por el otro, por la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía de KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (reclamación según la cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o 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 deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial sino mediante arbitraje obligatorio conforme a la legislación de California, excepto que las normas pertinentes determinen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* incluye la disposición sobre el arbitraje completa.

X  Fecha (mm/dd/aaaa)  
 /  /

\*Campo requerido para todas las inscripciones y cambios. †Las disputas que surjan de coberturas totalmente aseguradas de Kaiser Permanente Insurance Company no están sujetas a arbitraje obligatorio: 1) la PPO (Preferred Provider Organization, Organización de Proveedores Preferidos) y la parte de servicios fuera de la red de los planes de POS (Point of Service, Punto de servicio); 2) los planes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO); 3) los planes de indemnización OOA (Out of Area, fuera del área) y 4) los planes dentales de KPIC (Kaiser Permanente Insurance Company).



Apellido del suscriptor\*

Número de historia clínica del suscriptor (si se conoce)

## Páginas de información del dependiente

Use esta página para inscribir a, eliminar a o actualizar los dependientes. Si se requiere espacio para dependientes adicionales, pueden utilizarse múltiples páginas de información del dependiente. **Las secciones de la A a la D de la página de información del cliente y del suscriptor se requieren para todas las solicitudes.**

## E. Dependientes

1  Inscribir  Eliminar  Cambiar el nombre Relación con el suscriptor:  Cónyuge  Pareja doméstica  Niño dependiente  
¿Alguna vez esta persona ha recibido tratamiento en las instalaciones de Kaiser Permanente?  Sí  No Sexo:\*  Masculino  Femenino  
Nombre\*   
Apellido\*   
Nombre/sobrenombre anterior   
Inicial del segundo nombre\*   
Número de historia clínica (si se conoce)   
Número de seguro social\*   
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

2  Inscribir  Eliminar  Cambiar el nombre Relación con el suscriptor:  Cónyuge  Pareja doméstica  Niño dependiente  
¿Alguna vez esta persona ha recibido tratamiento en las instalaciones de Kaiser Permanente?  Sí  No Sexo:\*  Masculino  Femenino  
Nombre\*   
Apellido\*   
Nombre/sobrenombre anterior   
Inicial del segundo nombre\*   
Número de historia clínica (si se conoce)   
Número de seguro social\*   
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

## Información adicional

Nombres de los dependientes cubiertos que viven en un domicilio diferente al del suscriptor

Domicilio\* (ubicación física, no escribir apartado postal)

Ciudad

Estado

Código postal

**La siguiente información de inscripción especial aplica a la cobertura bajo un plan de grupo pequeño:** si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible al primer momento de ser elegible para la inscripción, sólo puede inscribirse o cambiar su cobertura durante un periodo de inscripción abierta anual establecido por su empleador, o durante un periodo de inscripción especial, si tuvo un evento calificado de vida. La solicitud de cobertura debe ser en un periodo de 60 días después del evento calificado de vida. Los eventos calificados de vida para una inscripción especial incluyen:

- La pérdida de cobertura de atención médica (esencial mínima) que resulta en cualquiera de lo siguiente: la pérdida de la cobertura patrocinada por el empleador porque usted 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; la pérdida del derecho a la membresía para cobertura de COBRA (por otro motivo que no sea la cancelación del plan de seguro por una causa o la falta de pago de la prima); finaliza la cobertura individual, de Medi-Cal, Medicare u otra cobertura gubernamental de usted o de su dependiente; o por cualquier otro motivo que no sea la falta de pago de las primas de manera oportuna o situaciones que permitan una rescisión (fraude o tergiversación intencional de hechos importantes); o la 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), incluido, 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;
- Adquirir o convertirse en dependiente por matrimonio, pareja doméstica, nacimiento, adopción, colocación en adopción o suposición de una relación padre o madre e hijo.
- Un tribunal federal o estatal aceptable ordena que usted o sus dependientes reciban cobertura como dependientes.
- Reubicación permanente, tal como un cambio a un nuevo lugar y tener una opción diferente de planes de salud, o ser liberado de prisión.
- El emisor de la cobertura de salud anterior infringió gravemente una disposición material del contrato de cobertura de salud.
- La participación de un proveedor de la red de su plan de salud o del de su dependiente finalizó cuando usted o sus dependientes estaban bajo cuidados activos por una de las siguientes afecciones: una afección médica aguda (una afección médica aguda es una afección médica que implica el inicio repentino de los síntomas a causa de una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada); una afección médica crónica grave (una afección médica crónica grave es una afección médica 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 periodo largo o requiera tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro); embarazo; enfermedad terminal (una enfermedad terminal es una afección médica 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 el proveedor recomendó y documentó que se produzca en el periodo de los 180 días de la fecha de terminación del contrato o en los 180 días de la fecha de vigencia 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 que 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 periodo de inscripción inmediatamente anterior disponible porque la persona tuvo la información equivocada de que tenía cobertura bajo la cobertura esencial mínima.