

# Anexo al formulario de inscripción o de cambio para KAISER PERMANENTE.<sup>®</sup> grupos grandes de empleados de Oregón 2024

Este formulario debe agregarse al Formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón y no se puede enviar como un formulario independiente. Úselo cuando tenga más dependientes de los que pueda registrar en el Formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón.

Sección para el empleador (el empleador debe completar esta sección; se debe incluir información de subgrupo y de grupo de facturación si se selecciona la cobertura).

Nombre de la compañía<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
N.º de grupo de cobertura médica<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ N.º de subgrupo de cobertura médica <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Grupo de facturación<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
N.º de grupo de cobertura dental \_\_\_\_\_ Grupo de facturación \_\_\_\_\_

## A Información del empleado (el empleado debe completar las secciones A, B y C).

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Apellido anterior/de soltera (si corresponde) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento) Pronombres \_\_\_\_\_

## B Información de los dependientes

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento) Pronombres \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Persona con discapacidad  Sí  No  
 Cobertura médica  Cobertura dental  
Otro seguro médico  Sí  No Compañía de seguros \_\_\_\_\_  
N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento) Pronombres \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Persona con discapacidad  Sí  No  
 Cobertura médica  Cobertura dental  
Otro seguro médico  Sí  No Compañía de seguros \_\_\_\_\_  
N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si se adjunta otro Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón.

## C Importante

Entiendo que puede considerarse un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Firma del empleado<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<sup>1</sup> Campo obligatorio.

<sup>2</sup> Elegible hasta el último día del mes de su cumpleaños número 26 o sin límite de edad en el caso de los dependientes mayores de 26 años con una discapacidad física, del desarrollo o una enfermedad mental.

Según la ley estatal, si los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera. Si su empleador decide proveer cobertura a parejas domésticas que no están registradas en el estado y los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas no registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera.

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.  
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.  
©2023 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest