



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.

Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Washington 2024

Este formulario debe agregarse al Formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Washington 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 Washington.

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 compañía¹ _____ Fecha de vigencia de la cobertura¹ ____ / ____ / ____
 N.º de grupo¹ _____ N.º de subgrupo de cobertura médica _____
 Grupo de facturación de cobertura médica _____
 N.º de subgrupo de cobertura dental _____ Grupo de facturación de cobertura dental _____

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

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____
 Apellido anterior/de soltera (si corresponde) _____ Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____
 N.º de Seguro Social _____
 Sexo¹ 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)^{1,2} _____
 Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
 Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____
 Teléfono celular _____ 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)^{1,2} _____
 Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
 Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____
 Teléfono celular _____ 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)^{1,2} _____
 Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
 Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____
 Teléfono celular _____ 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)^{1,2} _____
 Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
 Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____
 Teléfono celular _____ 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 Washington.

C Importante

Es 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 empleado¹ _____ Fecha ____ / ____ / ____

¹ Campo obligatorio. ² 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.

The English version is the controlling document. The translated version is informational.
La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.