



### Instrucciones

- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la Sección A con su información personal. Después, en la Sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática. Para evitar pagar 2 primas o tener una interrupción en la cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Si hace un cambio de plan durante un periodo de inscripción especial, vaya a [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) o llame al **1-800-788-0616** para saber qué comprobantes debe presentar para su evento calificado de vida y cuándo será la fecha de entrada en vigor de su plan. Es posible que tenga más de un evento. Elija el que tenga la fecha de vigencia más conveniente para usted.
- Nota: Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar a los planes de Kaiser Permanente Individuals and Families (KPIF).

### A. Conteste el formulario con su información

Seleccione solo una opción: Soy  el suscriptor,  el cónyuge o pareja doméstica, o hijo dependiente mayor de 18 años, o  el padre o representante legal.

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su información nueva.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Sexo:

- Hombre  Mujer  
 Prefiere no especificar

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Número de historia clínica (si corresponde)

Número de Seguro Social (si corresponde)

 -  - 

Teléfono

 -  - 

Dirección de casa (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal  Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa.

Ciudad

Estado

Código postal

## B. ¿Qué cambios desea hacer?

---

- Marque las casillas de los cambios que desea hacer y, en la página siguiente, incluya a todos los familiares afectados. Si hay otros familiares en su cuenta que no están incluidos en la lista, no realizaremos ningún cambio para ellos.
- Los suscriptores (o el padre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años) pueden hacer cualquiera de los cambios que se mencionan a continuación para cualquier familiar. Los dependientes pueden hacer algunos cambios, solo para sí mismos; consulte a continuación los cambios señalados con un asterisco (\*).

---

**Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año.** (Nota: Para estos cambios, puede omitir las Secciones D y E).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura y quiero que mi cónyuge o pareja doméstica sea ahora el suscriptor.         | <input type="checkbox"/> Deseo cancelar mi cobertura médica* o la de un familiar.  |
| <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura en un plan familiar y deseo continuar por mi cuenta en un plan individual.* | <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura, pero deseo mantener a mis hijos en el plan.  |
| <input type="checkbox"/> Deseo cambiar el suscriptor.  | <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica, pero deseo mantener a nuestros hijos en el plan.                 |
| <input type="checkbox"/> Deseo cambiar el padre o el tutor legal en una cuenta solo para hijos.                          | <input type="checkbox"/> Deseo hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).* |

---

**Puede hacer los siguientes cambios solo durante la inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.**

(Se aplican restricciones para periodos de inscripción especial. Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) para obtener más información).

- Deseo combinar las cuentas.
  - Deseo añadir cobertura médica para un familiar.
  - Deseo cambiar de plan.\*
  - Deseo añadir cobertura dental opcional para adultos (para miembros de 19 años en adelante).\*
  - Deseo cancelar la cobertura dental opcional para adultos.\*
-

### C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si tiene más de 4 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y llene la información de esos dependientes.

<b>Cónyuge o pareja doméstica</b>	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Elija una opción:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge
			<input type="checkbox"/> Pareja doméstica
Número de Seguro Social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre
			<input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar

<b>Dependiente 1</b>	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Número de Seguro Social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<b>Dependiente 2</b>	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Número de Seguro Social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<b>Dependiente 3</b>	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Número de Seguro Social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<b>Dependiente 4</b>	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Número de Seguro Social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## D. ¿Cuándo realizará el cambio?

Seleccione una opción:  Inscripción abierta (**vaya a la Sección E**)  Un periodo de inscripción especial (siga con esta sección)

Elija el evento de vida que lo hizo elegible para un periodo de inscripción especial (elijá solo una opción):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura de atención médica (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*   | <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor o de un dependiente   |
| <input type="checkbox"/> Agregar un dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o del registro de una pareja doméstica                           | <input type="checkbox"/> Por una orden de manutención de hijos u otra orden judicial para dar cobertura a un dependiente               |
| <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, cuidados de crianza o puesta en adopción | <input type="checkbox"/> Traslado permanente   |
| <b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:   | <input type="checkbox"/> Salida de la cárcel   |
| <input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, cuidados de crianza o puesta en adopción  | <input type="checkbox"/> Cambio en la elegibilidad para recibir cobertura médica por parte del empleador                               |
| <input type="checkbox"/> El primer día del mes siguiente, después de que recibimos el formulario   | <input type="checkbox"/> Determinación de Covered California   |
| <input type="checkbox"/> Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la pareja doméstica o separación legal                                       | <input type="checkbox"/> Cambios en la elegibilidad para una cuenta de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Account, HRA) |
|  | <input type="checkbox"/> Información errónea acerca de la cobertura  |
|  | <input type="checkbox"/> Cambios en la red de proveedores  |
|  | <input type="checkbox"/> Violación del contrato  |

Escriba la fecha de su evento calificado de vida.  /  /  (mm/dd/aaaa)

**Se requiere una prueba de elegibilidad.** Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) o llame al **1-800-788-0616** para obtener más información.

\*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía anteriores para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura.

## E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o añadir una cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, envíe una solicitud para cada plan por separado.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO          | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3000/15% |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO               | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance     |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO 6800/40% | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO                 |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO               | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO             |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange  | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO*       |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2500/45       |  |

\*Para adquirir el plan Minimum Coverage HMO, los solicitantes deben tener menos de 30 años en la fecha de entrada en vigor o proporcionar un certificado de exención que demuestre dificultades financieras o falta de cobertura asequible. No podremos procesar su cambio en la cuenta sin el certificado de exención si es mayor de 30 años. Para saber si califica, vaya a [marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf](http://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf) (en inglés) y siga las instrucciones.

## F. Elija su plan dental opcional para adultos

La cobertura dental se incluye en su plan de salud para los niños que son miembros hasta el último día del mes en el que el miembro cumple 19 años. Kaiser Permanente ofrece un plan de seguro dental opcional para adultos, que incluye a las personas cuya elegibilidad para recibir servicios dentales pediátricos ya terminó. Esta cobertura opcional está disponible por un cargo adicional.

Puede inscribirse o cancelar la cobertura dental para adultos del plan de seguro dental opcional durante el periodo de inscripción abierta, la renovación anual para miembros o un periodo de inscripción especial. Nuestra cobertura dental opcional para adultos es suscrita por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), y es administrada por Delta Dental of California, uno de los proveedores de beneficios dentales más grandes y con más experiencia del país.

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Agregar la cobertura dental opcional para adultos.†  |
| <input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos.† |

†Una vez que esté inscrito, entiendo que no podré cancelar mi cobertura dental sin cancelar también la cobertura de mi plan de salud, excepto durante la inscripción abierta o durante un periodo de inscripción especial.

## G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. se basará en la información que proporciono en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Foundation Health Plan, Inc., puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Confirmando que no tengo derecho a Medicare Parte A ni estoy inscrito en Medicare Parte B.

Nota: El suscriptor y todos los dependientes mayores de 18 años que realicen un cambio deberán firmar el formulario. Si hay más de 4 dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Suscriptor o nuevo suscriptor (padre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cónyuge o pareja doméstica		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)		

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.

## H. Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamaciones Menores, de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o de la reglamentación del procedimiento de reclamación de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA] o de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta al arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o partes asociadas, por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administrador u otra parte asociada, 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 la ley correspondiente determine 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 el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)* incluye todas las disposiciones sobre el arbitraje.

X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Solicitante principal (padre o tutor legal para niños menores de 18 años)	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cónyuge o pareja doméstica	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	

Una copia de su acuerdo con sus firmas es tan válida como el original. Si faltan firmas, cancelaremos el cambio en su cuenta o plan. Si hay más de 4 dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales. El solicitante o su representante autorizado puede pedir una copia del formulario lleno. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616**.

### Información de contacto

<b>Enviar por correo a:</b> Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921	<b>O por fax sin costo a:</b> Administración de Membresías al <b>1-855-355-5334</b>	<b>¿Tiene alguna pregunta? Llame al</b> <b>1-800-788-0616 (TTY 711)</b>
---	---	--

## Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores (Major Risk Medical Insurance Program MRMIP), Medi-Cal Access, el Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) o CalPERS, ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- Completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- Completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html) (en inglés).

