



# Formulario de cambio de cuenta

Con derechos adquiridos por antigüedad  
California

## Instrucciones

- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Complete su información personal en la Sección A y seleccione la fecha en la que le gustaría que el cambio realizado en su plan o cuenta entrara en vigor (las fechas de vigencia no están garantizadas). A continuación, seleccione los cambios que desea hacer en la Sección B.
- Nota: Si usted 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 Individual and Family Plans (KPIF). Si un miembro de su familia tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF o agregarse a su plan de KPIF como nuevo dependiente.

## A. Conteste el formulario con su información

Seleccione una opción: Soy  el suscriptor,  el cónyuge o pareja doméstica, o hijo dependiente mayor de 18 años, o  el padre, la madre o el tutor legal. Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su información nueva.

Nombre		Número de seguro social (si corresponde)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Apellido		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>
Dirección residencial (no se admiten los apartados postales)		<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de facturación <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la dirección residencial.			
<input type="text"/>			
Ciudad	Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de vigencia solicitada (la fecha debe ser el primer día del mes)			
<input type="text"/>			

## B. ¿Qué cambios desea hacer?

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 (\*).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y que mi cónyuge o pareja doméstica sea ahora el suscriptor.   | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica, pero quiero mantener a nuestros hijos en el plan.   |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura de un plan familiar y continuar por mi cuenta en un plan individual.*  | <input type="checkbox"/> Quiero cambiar de plan.* (Consulte las reglas para cambio de plan en la página 3, luego, seleccione el plan que desea cambiar de acuerdo a esas restricciones). |
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar el suscriptor.   | <input type="checkbox"/> Quiero agregar cobertura médica para un recién nacido o un niño adoptado recientemente.   |
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar el padre, la madre o el tutor legal en una cuenta solo para hijos.   | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura médica* o la de un familiar.   |
| <input type="checkbox"/> Quiero combinar las cuentas. (Consulte las reglas para cambio de plan en la página 3, luego, seleccione el plan que desea conservar de acuerdo a esas restricciones). | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura dental opcional.*  |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura, pero deseo mantener a mis hijos en el plan.   |  |
| <input type="checkbox"/> Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).*  |  |

### C. ¿A qué miembros de la familia 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.

#### Cónyuge/Pareja doméstica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Nombre

Número de seguro social (si corresponde)

 -  - 

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / 

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo:

Hombre

Mujer

Prefiere no especificar

Elija una opción:

Cónyuge

Pareja

doméstica

Teléfono

 -  - 

#### Dependiente 1

Agregar cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Nombre

Número de seguro social (si corresponde)

 -  - 

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / 

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo:

Hombre

Mujer

Prefiere no especificar

Teléfono

 -  - 

#### Dependiente 2

Agregar cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Nombre

Número de seguro social (si corresponde)

 -  - 

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / 

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo:

Hombre

Mujer

Prefiere no especificar

Teléfono

 -  - 

#### Dependiente 3

Agregar cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Nombre

Número de seguro social (si corresponde)

 -  - 

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / 

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo:

Hombre

Mujer

Prefiere no especificar

Teléfono

 -  - 

#### Dependiente 4

Agregar cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Nombre

Número de seguro social (si corresponde)

 -  - 

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / 

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo:

Hombre

Mujer

Prefiere no especificar

Teléfono

 -  -

## D. Elija su plan de salud

- Si desea cambiar su cobertura a otro plan con derechos adquiridos por antigüedad, únicamente podrá cambiar a un plan con menos o con los mismos beneficios. De acuerdo a la lista del lado derecho, esto significa que solo puede cambiar a un plan que esté **debajo** de su plan actual. Considerando esto, marque la casilla junto al plan al que desea cambiarse. Todos los miembros de la familia que estén en la lista de arriba también se cambiarán a este plan.
- Para cambiar a algún miembro de la familia de su plan con derechos adquiridos por antigüedad a otro plan con derechos adquiridos por antigüedad a su nombre, ellos también podrán cambiarse únicamente a un plan con menos o con los mismos beneficios. También deberá llenar y enviar un formulario por separado para cada plan.

Nota: Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia de su nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.

- Copayment 25 HMO
- Deductible HMO 20/500
- Copayment 40 HMO
- Deductible HMO 25/1000
- Copayment 50 HMO
- Deductible HMO 30/1500
- Deductible HMO 40/2000
- Deductible HMO 0/1500 with HSA
- Deductible HMO 0/2700 with HSA
- Deductible HMO 30/2700 with HSA

## E. 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 vigencia de la cobertura.
- Confirmando que ninguna de las personas mencionadas en este formulario por un cambio de plan o por su incorporación como dependiente tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrita 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.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

El suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

Cónyuge o pareja doméstica (de 18 años o mayor)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

Dependiente (de 18 años o mayor)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

Dependiente (de 18 años o mayor)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

Dependiente (de 18 años o mayor)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

Dependiente (de 18 años o mayor)

## Información de contacto

**Envíelos por correo a:** Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego,  
CA 92193-9921

**O envíelos por fax sin costo a:** Administración de Membresías  
(Membership Administration)  
**1-855-355-5334**

**¿Tiene alguna pregunta? Llame al  
1-800-464-4000 (TTY 711)**

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

Entiendo que (a excepción de los casos del tribunal de demandas de menor cuantía, las reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA, y cualquier otra reclamación que no puede estar sujeta al arbitraje obligatorio bajo las leyes vigentes), toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas (por un lado) y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier deber que surja o esté relacionado con su membresía en KFHP, incluida cualquier reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indique que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, debe decidirse por medio de un arbitraje obligatorio según la ley de California y no por medio de una demanda ni recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente estipule una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que el *Acuerdo de Membresía Combinado, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación incluyen todas las disposiciones sobre el arbitraje. (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage and Disclosure Form)*

X  Fecha (mm/dd/aaaa)  
 /  /

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para niños menores de 18 años)

X  Fecha (mm/dd/aaaa)  
 /  /

Cónyuge/Pareja doméstica

X  Fecha (mm/dd/aaaa)  
 /  /

Dependiente (de 18 años o mayor)

X  Fecha (mm/dd/aaaa)  
 /  /

Dependiente (de 18 años o mayor)

X  Fecha (mm/dd/aaaa)  
 /  /

Dependiente (de 18 años o mayor)

X  Fecha (mm/dd/aaaa)  
 /  /

Dependiente (de 18 años o mayor)

## 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 7 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 sin costo para usted. 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** (TTY 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.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a servicio a los miembros al **1-800-788-0616** (TTY 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** Llámenos al **1-800-788-0616** (TTY 711) y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** Llene un formulario de Queja Formal o Reclamo/Solicitud de Beneficios en una oficina de servicio a los miembros ubicada en un Centro de Atención del Plan (consulte su directorio de proveedores en **kp.org/facilities** [haga clic en “Español”] para obtener las direcciones).
- **En línea:** Use el formulario en línea 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:

**Northern California**  
Civil Rights/ADA Coordinator  
1800 Harrison St.  
16<sup>th</sup> Floor  
Oakland, CA 94612

**Southern California**  
Civil Rights/ADA Coordinator  
SCAL Compliance and Privacy  
393 East Walnut St.,  
Pasadena, CA 91188

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](http://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 Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). Los formularios de queja formal están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html) (en inglés).