

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Utilice este formulario para inscribirse en Kaiser Permanente. Si ya es miembro, utilice el formulario de **cambio de dependientes del empleado**.

Escriba claramente en letra de imprenta.

Asegúrese de llenar el formulario de inscripción en su totalidad. La información omitida o inexacta retrasará el proceso de inscripción.

Grupos existentes: Si tiene alguna pregunta, llame al **800-790-4661, opción 1**. Envíe el formulario completado por correo electrónico a **csc-sd-sba@kp.org**, como archivo PDF adjunto, o por fax al **855-355-5334**.

Empleador

1. Complete la Sección 1.

Si el motivo de la inscripción es la *pérdida de la cobertura* u *otro* motivo, el evento debe ser uno de los eventos especiales de inscripción especial que se mencionan a continuación:

- Nueva contratación.
- Aumento en las horas de trabajo del empleado, por lo que cumple con sus requisitos de elegibilidad para el plan de seguro médico.
- Reincorporación al trabajo después de una licencia.
- Cancelación involuntaria o pérdida de otra cobertura grupal.
- Un dependiente pierde otra cobertura (si el empleado ya está inscrito, utilice el **formulario de cambio de dependientes del empleado** para agregar sus dependientes).
- Matrimonio o adición de una pareja doméstica.
- Nacimiento, adopción o puesta en adopción de un niño.
- Orden de la corte.
- Muerte de un cónyuge, pareja doméstica o dependiente.

2. Entregue a cada empleado un formulario para que lo llene.
3. Confirme que la información proporcionada en el formulario sea completa y exacta.
4. Entregue los formularios de inscripción completos a su corredor (de seguros) o a Kaiser Permanente.

Empleado

1. Complete las Secciones 2 a 4.
2. Firme y escriba la fecha en el formulario.
3. Haga una copia de este formulario para sus archivos.

Si es un miembro nuevo, puede utilizar este formulario como identificación de miembro de Kaiser Permanente temporal. Haga una copia y consérvela hasta que reciba su identificación de miembro oficial. Si ya es miembro y se transfiere de otro plan de salud de Kaiser Permanente (en la misma región), conserve su tarjeta actual, ya que su número de historia clínica no cambiará.

Vea las instrucciones de la página 1 antes de completar este formulario. Haga una copia para sus archivos.

1 EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

Nombre de la empresa*	Identificación del grupo (si tiene una asignada)	Fecha de vigencia* (solo puede ser el primer día del mes) / 01 /
Identificación de selección/subgrupo del plan (si tiene una asignada)*		Clasificación del empleado (si corresponde)
Motivo de inscripción (marque una opción) <input type="checkbox"/> Nueva cuenta de grupo <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Otro:		
Si ya tiene una cuenta, envíe el formulario completado por correo electrónico a csc-sd-sba@kp.org , como archivo PDF adjunto, o por fax al 855-355-5334 .		

2 EL EMPLEADO DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE (los campos marcados con * son obligatorios):

¿Ya ha sido miembro o ha recibido atención de Kaiser Permanente en California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número de seguro social*		Nombre anterior/apellido de soltera	
Apellido*	Nombre*	Inicial del segundo nombre	Idioma preferido (opcional)
Dirección residencial*			Apt. #
Ciudad*	Estado*	CÓDIGO POSTAL*	Condado
Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial)			Apt. #
Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Condado
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)* / /	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Teléfono de día () -	Teléfono por la noche () -

Si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible, solo puede inscribirse durante un período de inscripción abierta anual establecido por su empleador, o durante un período de inscripción especial, si se ha producido un evento especial. Tiene que solicitar la cobertura no más de 60 días después del evento especial. Los eventos especiales para una inscripción especial incluyen:

- Pérdida de la cobertura (mínima esencial) de atención médica HA resultado de cualquiera de los siguientes factores: pérdida de la cobertura patrocinada por el empleador porque usted y/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; pérdida del derecho a la membresía para cobertura de COBRA (por otro motivo que no sea la cancelación con causa o la falta de pago de la prima); finaliza la cobertura individual, de Medi-Cal, Medicare u otra cobertura gubernamental suya y/o de su dependiente; o por cualquier otro motivo que no sea la falta de pago de las primas a tiempo o situaciones que permitan una rescisión (fraude o tergiversación de hechos importantes), o 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), inclusive, 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;
- Agrega un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, sociedad doméstica, nacimiento, adopción, o puesta para adopción o suposición de una relación padre/madre-hijo;
- Un tribunal federal o estatal ordena que usted o sus dependientes reciban cobertura;
- Traslado permanente, tal como cambio a un nuevo lugar y tener una opción diferente de plan de salud, o ser liberado de prisión;
- El emisor de la cobertura de salud anterior infringió gravemente una cláusula material del contrato de la cobertura de salud;
- La participación de un proveedor de la red en su plan de salud y/o el de su dependiente finalizó cuando usted y/o sus dependientes estaban bajo atención activa por una de las siguientes afecciones: una afección médica aguda (una afección médica aguda es una condición médica que implica el inicio repentino de síntomas a causa de una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiera atención médica inmediata y que tenga una duración limitada); una condición crónica grave (una condición crónica grave es una condición 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 período largo de tiempo o requiera tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro); embarazo; enfermedad terminal (una enfermedad terminal es un problema médico 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 ha recomendado y documentado el proveedor que se produzca en el período de los 180 días siguientes a la fecha de terminación del contrato o en los 180 días siguientes a 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 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 período de inscripción inmediatamente anterior disponible porque la persona estuvo mal informada o tenía la cobertura esencial mínima.

(Todos los campos marcados con * son obligatorios).

3 INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA (enumere solo los familiares que se inscribirán)

Seleccione uno: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	número de Seguro Social
--	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*

Nombre anterior (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	número de Seguro Social
---------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Si alguno de los dependientes nombrados arriba vive en otra dirección, complete lo siguiente:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección
---	-----------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección
---	-----------

4 LEA Y FIRME
KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC., ACUERDO DE ARBITRAJE¹

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 vinculante 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 vinculante según la ley de California y no por medio de una demanda ni recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley correspondiente 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 la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* incluye la disposición sobre el arbitraje completa.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)*

Firma del empleado*	Fecha
---------------------	-------

X
*(Todos los campos marcados con * son obligatorios).*
¹Las disputas que surjan de coberturas totalmente aseguradas de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) los planes de una organización de proveedores preferidos (preferred provider organization, PPO) y 2) los planes de atención dental de KPIC.

 Envíe el formulario completado por correo electrónico a csc-sd-sba@kp.org, o por fax al **855-355-5334**.