

Use este formulario para inscribirse en Kaiser Permanente. (Todos los campos con un * son obligatorios).

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL PLAN

Nombre de la empresa*		Identificación del grupo (si tiene una asignada)	Fecha de vigencia* (solo puede comenzar el primer día del mes) / 01 /
Selección del plan*	Identificación del subgrupo (si tiene una asignada)		Clasificación del empleado (si corresponde)

Motivo de la inscripción (marque uno) Nueva cuenta de grupo Inscripción abierta Otro:

Si tiene una cuenta **existente**, envíe este formulario lleno como adjunto en formato PDF a csc-sd-sba@kp.org o por fax al **855-355-5334**.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

¿Ha sido miembro o ha recibido atención de Kaiser Permanente en California? Sí No

Número de Seguro Social*		Apellido anterior/de soltera	
Apellido*	Nombre*	Inicial del segundo nombre	Idioma preferido (opcional)
Domicilio*			N.º de apartamento
Ciudad*	Estado*	CÓDIGO POSTAL*	Condado
Dirección postal (si es distinta a la del domicilio)			N.º de apartamento
Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Condado
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)* / /	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Teléfono de día () -	Teléfono de noche () -

Si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible, solo podrá inscribirse durante un periodo de inscripción abierta anual establecido por su empleador o durante un periodo de inscripción especial, si ha tenido un evento calificado. Debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores al evento calificado.

Los eventos calificados para la inscripción especial incluyen:

- Pierde la cobertura de salud (mínima esencial) debido a lo siguiente: pérdida de la cobertura patrocinada por su empleador porque usted o su dependiente ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad, o porque su empleador ya no ofrece cobertura o deja de pagar la prima; pérdida de elegibilidad para la cobertura en el marco de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) por otro motivo que no sea la finalización con causa o la falta de pago de la prima; finaliza su cobertura individual o la de su dependiente, o su cobertura de Medi-Cal, Medicare o alguna otra cobertura del gobierno; o por alguna otra razón que no sea la falta de pago de las primas en tiempo y forma o situaciones que permiten una rescisión (fraude o la distorsión intencional de información relevante); o pérdida de la cobertura de salud incluidas, entre otras, la pérdida 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 (Code of Federal Regulations) y en la Sección 1163 del Título 29 del Código de los Estados Unidos.
- Agrega un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, sociedad doméstica, nacimiento, adopción, o puesta en adopción, o asunción de una relación de padre/madre e hijo.
- Un tribunal federal o estatal ordena que usted o su dependiente reciban cobertura.
- Se traslada de forma permanente; por ejemplo, se muda a otro lugar y tiene diferentes opciones de planes de salud, o sale de la cárcel.
- El emisor de la cobertura de salud anterior infringió gravemente una cláusula relevante del contrato de la cobertura de salud.
- Un proveedor de la red dejó de participar en su plan de salud o el de su dependiente cuando usted o su dependiente recibían cuidados activos por una de las siguientes condiciones médicas: una condición aguda (condición médica en la que hay una aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, una lesión u otro problema médico que precisa atención médica inmediata y tiene una duración limitada); una condición crónica grave (condición médica causada por una enfermedad u otros problemas o trastornos médicos que son graves por su naturaleza y que persisten sin curarse totalmente, se agravan con el tiempo o requieren un tratamiento continuo para evitar que reaparezcan o empeoren); un embarazo; una enfermedad terminal (condición incurable o irreversible, con alta probabilidad de provocar la muerte en un año o menos); cuidado de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad; o una cirugía o cualquier otro procedimiento, si el proveedor indicó y documentó que debía llevarse a cabo en el periodo de los 180 días anteriores a la fecha de finalización del contrato o antes de que pasen 180 días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura para un nuevo asegurado.
- Un miembro de las fuerzas de reserva del ejército de los Estados Unidos regresa de un periodo de servicio activo o un miembro de la Guardia Nacional de California regresa de un periodo de servicio activo en virtud del Título 32 del Código de los Estados Unidos.
- En lo que respecta a los planes de beneficios de salud que se ofrecen fuera del Mercado de Intercambio, una persona demuestra al Departamento de Atención Médica Administrada o al Departamento de Seguros, según corresponda, que no se inscribió en un plan de beneficios médicos durante el periodo de inscripción inmediatamente anterior disponible porque le informaron mal que contaba con la cobertura esencial mínima.

(Todos los campos con un * son obligatorios).

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (incluya solamente a los familiares que se inscribirán).

Seleccione una opción <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* <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 (mm/dd/aaaa)*	Género* <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 (mm/dd/aaaa)*	Género* <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 (mm/dd/aaaa)*	Género* <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 (mm/dd/aaaa)*	Género* <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 (mm/dd/aaaa)*	Género* <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, proporcione la siguiente información:

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

INFORMACIÓN PARA LEER Y FIRMAR
ACUERDO DE ARBITRAJE DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC.†

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamos Menores, los reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o a la reglamentación del procedimiento de reclamos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA], o cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, mis 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 el otro lado, en concepto de la supuesta violación de cualquier obligación derivada de la membresía de KFHP o relacionada con esta, incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (reclamo según el cual los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados, o se prestaron de forma indebida, negligente o incompetente), 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 por medio de una demanda o un procedimiento judicial, sino mediante arbitraje vinculante conforme a la legislación de California, excepto que la ley correspondiente determine la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestros derechos a un juicio por jurado y acepto el uso de un arbitraje vinculante. Entiendo que el folleto *Evidencia de Cobertura* incluye todas las disposiciones sobre el arbitraje.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)*

Firma del empleado*	Fecha
X	

*(Todos los campos con un * son obligatorios).*

†Las disputas que provienen de las coberturas totales de seguro de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) planes de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y 2) planes de atención dental de KPIC.

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