



Formulario de Inscripción o Cambio para Empleados de Empresas Grandes de California

Información del suscriptor y de la empresa

Escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul únicamente.

A. Información de la empresa (Para ser completada por el administrador)

Número total de páginas (incluida esta)

Nombre de la empresa

Identificación de cliente* N.º de la unidad de inscripción*

Nombre o clasificación de la unidad de inscripción

Teléfono de contacto para asuntos de elegibilidad

Plan (p. ej., HMO 20, DHMO 500/30)

Número o identificación de empleado

Fecha de vigencia de la inscripción o cambio* (mm/dd/aaaa)

B. ¿Cuáles son los cambios solicitados? (Marque la casilla correspondiente a cada cambio que solicita)

☐ Inscribir al suscriptor (y a sus dependientes)

☐ Eliminar dependientes de la cuenta
del suscriptor

☐ Actualizar dirección

☐ Añadir dependientes a la cuenta actual
del suscriptor

☐ Cambiar el nombre del suscriptor
o de los dependientes

☐ Otro

C. Información del suscriptor o empleado

Aviso: Las leyes de California prohíben que los planes de servicios de atención médica o las compañías de seguros médicos soliciten una prueba de VIH o la utilicen como condición para otorgar cobertura.

¿Ha recibido esta persona tratamiento en un centro de Kaiser Permanente? ☐ Sí ☐ No Género:* ☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Prefiere no especificar

Nombre*

ISN*

N.º de historia clínica del suscriptor (si se conoce)

Apellido*

Número de Seguro Social*

Nombre anterior o apodo

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Domicilio* (dirección física, no se acepta apartado postal)

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Teléfono principal (teléfono móvil si corresponde)

Dirección postal (si es diferente al domicilio)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan.[†] Entiendo que (salvo en los casos de tribunales de reclamos menores, reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o a la normativa de reclamos de la Ley ERISA, y cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante según la ley aplicable) toda 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, por presunta violación de cualquier deber derivado de la membresía en KFHP o relacionado con esta, incluidos reclamos por negligencia médica u hospitalaria (como la acusación de que los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron de forma incorrecta, negligente o incompetente), reclamos por responsabilidad de las instalaciones, o asuntos relacionados con la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, deberá resolverse mediante arbitraje vinculante conforme a las leyes de California y no a través de una demanda o proceso judicial, salvo que la ley aplicable permita la revisión judicial de los procedimientos arbitrales. Acepto renunciar a mi derecho a un juicio por jurado y a resolver cualquier disputa a través de arbitraje vinculante. Entiendo que la cláusula completa de arbitraje se encuentra en la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*.

--

/ /

<https://Healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions>

[†]Las disputas relacionadas con las siguientes coberturas totalmente aseguradas de Kaiser Permanente Insurance Company no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) la organización de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organization*, PPO) y la sección fuera de la red de los planes de punto de servicio (*Point-of-Service*, POS); 2) planes de organización de proveedores preferidos (PPO); 3) planes de indemnización fuera del área (*Out-of-Area Indemnity*, OOA); y 4) planes dentales de KPIC.

Apellido del suscriptor*

N.º de historia clínica del suscriptor
(si se conoce)

Páginas de información de dependientes

Use esta página para inscribir, eliminar o actualizar dependientes. Puede utilizar varias páginas si necesita espacio para más dependientes. **Las secciones A a D de la página de información del cliente y del suscriptor son obligatorias para todas las solicitudes.**

E. Dependientes

☐ Inscribir
 ☐ Eliminar
 ☐ Cambiar nombre

Relación con el suscriptor:
 ☐ Cónyuge
 ☐ Pareja doméstica
 ☐ Hijo dependiente

¿Ha recibido esta persona tratamiento en un centro de Kaiser Permanente? ☐ Sí ☐ No Género:* ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Nombre*

Apellido*

Nombre anterior o apodo

Dirección de correo electrónico**

Teléfono principal** (teléfono móvil si corresponde)

☐ Inscribir
 ☐ Eliminar
 ☐ Cambiar nombre

Relación con el suscriptor:
 ☐ Cónyuge
 ☐ Pareja doméstica
 ☐ Hijo dependiente

¿Ha recibido esta persona tratamiento en un centro de Kaiser Permanente? ☐ Sí ☐ No Género:* ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Nombre*

Apellido*

Nombre anterior o apodo

Dirección de correo electrónico**

Teléfono principal** (teléfono móvil si corresponde)

☐ Inscribir
 ☐ Eliminar
 ☐ Cambiar nombre

Relación con el suscriptor:
 ☐ Cónyuge
 ☐ Pareja doméstica
 ☐ Hijo dependiente

¿Ha recibido esta persona tratamiento en un centro de Kaiser Permanente? ☐ Sí ☐ No Género:* ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Nombre*

Apellido*

Nombre anterior o apodo

Dirección de correo electrónico**

Teléfono principal** (teléfono móvil si corresponde)

ISN* N.º de historia clínica del suscriptor (si se conoce)

Número de Seguro Social*

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

ISN* N.º de historia clínica del suscriptor (si se conoce)

Número de Seguro Social*

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

ISN* N.º de historia clínica del suscriptor (si se conoce)

Número de Seguro Social*

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombres de los dependientes cubiertos que residen en una dirección diferente a la del suscriptor

[illegible][illegible][illegible]

--	--

--	--	--	--	--

Si lo prefieres, puede completar esta inscripción o cambio en línea a través de **account@kp.org**.