

Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios

Por favor conteste con letra de imprenta o a máquina usando tinta negra o azul oscuro. Vea las instrucciones en el reverso antes de llenar esta solicitud.

Conserve la última copia para sus archivos y para usarla como su tarjeta provisional de identificación.

Para uso exclusivo del Empleador

Número del comprador _____

Número de Unidad de Inscripción (EU) _____

Fecha de entrada en vigor: ____ / ____ / ____

A. MOTIVO DE LA INSCRIPCIÓN (marque uno)				B. MOTIVO DEL CAMBIO (marque todos los que se apliquen)				
<input type="checkbox"/> Inscripción de nuevo empleado		<input type="checkbox"/> Nuevo comprador		<input type="checkbox"/> Agregar/quitar dependiente(s) _____ <small>(Ver motivos en el reverso de la solicitud)</small>				
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta		<input type="checkbox"/> Nueva Unidad de Inscripción		<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio <input type="checkbox"/> Cambio de nombre (vea en seguida)				
<input type="checkbox"/> Otro motivo _____ <small>(Ver motivos en el reverso de la solicitud)</small>				<input type="checkbox"/> Otro motivo _____ <small>(Ver motivos en el reverso de la solicitud)</small>				
Fecha del evento: ____ / ____ / ____				Fecha del evento: ____ / ____ / ____				
C. SUS DATOS (el suscriptor)								
Apellido			Primer nombre			Inicial de segundo nombre	¿Es actualmente o ha sido miembro alguna vez de Kaiser Permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si ya ha sido miembro de Kaiser Permanente, ¿cuál es/fue su Número de Expediente Médico? (está en su tarjeta de identificación)			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		
Domicilio (número y calle) <input type="checkbox"/> Marque aquí si el domicilio es nuevo y llene la Sección G más abajo.			Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (casa) <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche () ()	Teléfono (trabajo) <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche () ()	
D. SI ES UNA INSCRIPCIÓN, NOS GUSTARÍA TENER ALGUNOS DATOS MÁS SOBRE USTED								
Estado civil		Apellido de soltera (si procede)		Idioma(s) que sabe hablar		Idioma(s) que sabe escribir		
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a								
¿Ha recibido alguna vez atención en Kaiser Permanente dentro del estado de California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
E. SU TRABAJO								
Nombre de la compañía			Ciudad	Identificación de empleado		Situación laboral <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Jubilado		
F. CAMBIO DE NOMBRE								
De		a						
Apellido		Primer nombre		Apellido		Primer nombre		
G. CAMBIO DE DOMICILIO (¿Cuál fue su domicilio anterior?)								
Domicilio (número y calle)			Ciudad	Estado	Código postal			
H. SOBRE SU FAMILIA (Los ex miembros de Kaiser Foundation Health Plan deben listar sus Números de Expediente Médico, si los saben)								
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Categoría	Número de Seguro Social	Fecha de nacim. mes/día/año	Sexo M/F	Agregar/Quitar	Número del Expediente Médico (si se sabe)
Cónyuge			<input type="checkbox"/> Cónyuge	— —	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	
Apellido de soltera (si procede)								
Dependiente			<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro	— —	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	
Dependiente			<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro	— —	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	
Dependiente			<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro	— —	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	
Dependiente			<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro	— —	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	
Domicilio de los dependientes (si es diferente del suscriptor): <input type="checkbox"/> Marque aquí si todos los dependientes viven en el domicilio a continuación.								
Nombre(s)		Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal		

Entiendo que, excepto en los casos del tribunal de demandas de menor cuantía y excepto las que queden sujetas al Proceso de Apelaciones de Medicare, toda demanda que mis herederos, cualquier otro demandante relacionado conmigo o yo entablemos por una supuesta violación de alguna de las obligaciones que surja o esté relacionada con la membresía en Health Plan, incluso las demandas por negligencia profesional (*mala praxis*) médica y hospitalaria, por responsabilidad civil de las instalaciones, o relacionadas con la cobertura o prestación de servicios o entrega de artículos, independientemente de cualquier base jurídica, se deberá decidir por medio de arbitraje obligatorio de conformidad con las leyes del estado de California, y no mediante demanda o recurso judicial, salvo que las leyes de California dispongan una revisión judicial del proceso de arbitraje. Consiento en renunciar a mi derecho a un juicio ante jurado y acepto utilizar el arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición completa sobre el arbitraje se encuentra en el folleto *Evidence of Coverage*.

Firma del suscriptor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios

Cómo llenar su Solicitud de Inscripción/Cambios

1. Por favor escriba con firmeza y claridad.
2. Usted debe residir en los códigos postales listados más abajo.
3. Llene las secciones A hasta la H. Vea a continuación las instrucciones detalladas.
4. Asegúrese de firmar en la parte inferior de la solicitud.
5. Una vez que su empleador haya llenado el Número de Comprador, el Número de Unidad de Inscripción y la Fecha de entrada en vigor, **quédese con la última copia para sus archivos y para usarla como su identificación provisional.**

Instrucciones para las secciones A a H:

- A. Para inscripciones o adiciones, por favor indique el Motivo de la Inscripción y la Fecha del Evento¹.
- B. Para cambios en su cuenta actual, indicar el tipo de cambio o motivo y la Fecha del Evento¹.
- C. Anotar todos los datos del suscriptor en la cuenta.
- D. Llenar esta sección para una inscripción nueva.
- E. Anotar toda la información sobre su empleo.
- F. Sólo conteste esta sección si ha ocurrido un cambio de nombre.
- G. Llenar si ha ocurrido un cambio de domicilio.
- H. Se debe llenar esta sección cuando se agregue, quite o cambie información sobre sus dependientes.

Si desea información detallada sobre su cobertura de Health Plan, por favor consulte *La Guía de Servicios de Kaiser Permanente* o sus folletos *Documento de Información y Evidence of Coverage*. Puede obtener estas publicaciones por medio de su empleador o si se comunica con nuestro Centro de Llamadas para el Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616**.

¹ Información sobre la Fecha del Evento

Nota: La Fecha del Evento no es necesariamente la fecha efectiva de su cobertura. Por favor consulte con su empleador si desea más información sobre la fecha efectiva de su cobertura.

Área de Servicio de Kaiser Permanente en el Sur de California

El Área de Servicio cubre las zonas de los condados de Imperial[†], Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Tulare y Ventura que quedan dentro de los códigos postales que figuran a continuación:

90000-899	92064-65	92268**	92382	93040	93301-09
(excepto	92067-69	92270*	92385-86	93041-44*	93311-13
90704)	92071-72	92274-75**	92391-94	93060-61*	93380-90
91000-899	92074-75	92276*	92397	93062-66	93501-02
91901-03	92078-79	92277-78**	92399	93093	93504-05
91908-17	92082-85	92282*	92400-99	93099	93510
91921	92090-93	92284-86**	92500-32	93203	93518
91931-33	92096	92292*	92543-46	93205-06	93519†
91935	92100-99	92295	92548	93215-16	93531-32
91941-47	92201-03*	92307-08	92551-57	93220	93534-36
91950-51	92210-11*	92313-18	92562-64	93222	93539
91962-63	92220	92320-22	92567	93224-26	93543-44
91976-80	92223	92324-26	92570-72	93238	93550-53
91990-91	92230*	92329	92581-87	93240-41	93560-61
92007-09	92234-36*	92333-37	92595-96	93243	93563
92014	92240-41*	92339-41	92599†	93250-52	93581
92018-27	92252**	92345-46	92600-899	93261	93584
92029-30	92253*	92350	93001-09*	93263	93586
92033	92254**	92352	93010-12	93268	93590-91
92037-40	92255*	92354	93015-16	93276	93599
92046	92256**	92357-59	93020-21	93280	
92049	92258*	92369	93022*	93285	
92051-58	92260-64*	92371-78	93030-35*	93287	

* Se requiere que los suscriptores que vivan en el Valle de Coachella (área metropolitana de Palm Springs) y el Oeste del Condado de Ventura escojan un Médico Afiliado de Atención Primaria para ellos mismos y sus dependientes con cobertura. Nos comunicaremos con los Miembros después de que se hayan inscrito para hablar sobre la selección de su Médico Afiliado de Atención Primaria.

† No queda en el Área de Servicio para los miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage.

Motivo de inscripción	Fecha del Evento
Pérdida de cobertura	Fecha en que se perdió la cobertura
Se mudó al Área de Servicio	Fecha de la mudanza
Inscripción de un empleado nuevo	Fecha de contratación
Nuevo comprador	Fecha efectiva del contrato
Período abierto de inscripciones	Fecha efectiva del período abierto de inscripciones
Cambio de trabajo a media jornada a trabajo de jornada completa	Fecha de contratación a jornada completa
Contratación de nuevo	Fecha de contratación de nuevo
Retorno de un despido temporal	Fecha de retorno
Motivo para agregar/cambiar/quitar	Fecha del Evento
Entra en la categoría de estudiante	Fecha de entrada en esa categoría
Cambio de domicilio	Fecha efectiva del cambio
Quitar dependiente(s)	Fecha de cese del dependiente
Muerte del miembro	Fecha de la muerte
Divorcio	Fecha del divorcio
Adopción en la familia	Fecha de la adopción
Pérdida de cobertura	Fecha en que se perdió la cobertura
Pérdida de categoría de estudiante	Fecha del cambio de categoría
Agregar matrimonio	Fecha del matrimonio
Se mudó al Área de Servicio	Fecha de la mudanza
Cambio de nombre	Fecha efectiva del cambio
Agregar un recién nacido	Fecha de nacimiento
Período abierto de inscripciones	Fecha efectiva del período abierto de inscripciones

Área de Servicio de Kaiser Permanente en el Norte de California

El Área de Servicio cubre las zonas de los condados de Alameda, Amador, Contra Costa, El Dorado, Fresno, Kings, Madera, Marin, Mariposa, Napa, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tulare, Yolo y Yuba que quedan dentro de los códigos postales que figuran a continuación:

93230-32	94037-45	94922-25	95227	95385-87	95630
93242	94059-67	94926†	95230-31	95390	95632-35
93601-02	94070-71	94927-31	95234	95397	95638-41
93604	94074	94933	95236-37	95401-09	95645
93606-07	94080	94937-42	95240-42	95416	95648
93609	94083	94945-57	95253	95419	95650-52
93611-14	94086-90	94960	95258	95421	95655
93616	94096-99	94963-66	95267	95425	95658-64
93618	94100-99	94970-79	95269	95430-31	95667-74
93623-27	94200-99	94998-99	95290	95433	95676-78
93630-31	94300-99	95002	95296-98	95436	95680-83
93637-39	94400-99	95008-09	95304	95439	95686-88
93643-46	94501-02	95011	95307	95441-42	95690-98
93648-54	94506-31	95013-16	95313	95444	95703
93656-57	94533	95020**	95316	95446	95722
93660	94535-53	95026	95319-20	95448	95736
93662	94555-66	95030-33	95323	95450	95741-43
93666-69	94567*	95035-38	95326	95452	95746-47
93673	94568-83	95042	95328-30	95462	95758-59
93675	94585-92	95044	95336-37	95465	95762-63
93700-99	94595-99	95046	95350-58	95471-73	95765
93800-99	94601-99	95050-57	95360-61	95476	95776
94002-03	94700-99	95070-71	95363	95486-87	95798-99
94005	94801-50	95101-99	95366-68	95492	95800-99
94010-12	94901-04	95201-13	95376	95602-05	95903
94014-31	94911-15	95215	95378	95607-26	95961
94035	94920	95219-20	95380-82	95628	

* La comunidad de Knoxville, a la que corresponde el código postal 94567 de Pope Valley, no queda dentro del Área de Servicio.

** La comunidad Bells Station, a la que corresponde el código postal 95020 de Gilroy, no queda dentro del Área de Servicio.

† No queda en el Área de Servicio para los miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage.

Área de Servicio a partir del 1 de agosto de 1999. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Centro de Llamadas para el Servicio a los Miembros: 1-800-788-0616.