



Formulario de Inscripción o Cambio del Suscriptor Comercial Grande de California

Información del Suscriptor y de la Compañía

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

Número de páginas (incluida esta página)

A. Información de la compañía (el administrador debe llenar esta parte)

Nombre de la compañía	ID del cliente*	ID de la unidad de inscripción*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre o clasificación de la unidad de inscripción	Teléfono de contacto de elegibilidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Plan (por ejemplo: HMO 20, DHMO 500/30)	Número o Identificación del Empleado	Fecha de vigencia de inscripción/cambio* (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

B. ¿Cuáles son los cambios requeridos? (El suscriptor debe marcar la casilla por cada cambio que solicita).

<input type="checkbox"/> Inscribir al suscriptor (y dependientes)	<input type="checkbox"/> Eliminar dependientes de la cuenta del suscriptor	<input type="checkbox"/> Actualizar el domicilio
<input type="checkbox"/> Añadir dependientes a la cuenta del suscriptor existente	<input type="checkbox"/> Cambiar el nombre de suscriptor o de los dependientes	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

C. Información del suscriptor o empleado

Aviso: La ley de California prohíbe que los planes de servicios de atención para la salud o las compañías de seguros médicos soliciten una prueba de VIH o la utilicen como una condición para obtener cobertura o la cobertura del seguro médico.

¿Alguna vez esta persona ha recibido tratamiento en un centro de atención de Kaiser Permanente? ☐ Sí ☐ No Sexo*: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Nombre*	Inicial del segundo nombre*	Número de historia clínica (si se conoce)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido*	Número de Seguro Social*	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Nombre o sobrenombre anterior	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Domicilio* (ubicación física, no escribir apartado postal)		
<input type="text"/>		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa)		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. Firma (firme en la parte inferior de esta página en la siguiente casilla de firma de suscriptor).

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan. [†] Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía, los reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o la reglamentación del procedimiento de reclamos de la Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA] o de cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante conforme a la ley vigente) cualquier 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 el otro, por la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía de KFHP, incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo según el cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionado con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial sino mediante arbitraje vinculante conforme a la legislación de California, excepto que las normas pertinentes determinen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. 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.

X Fecha (mm/dd/aaaa) / /

Firma del suscriptor*

* Se requiere llenar este campo para todas las inscripciones y cambios. [†] Las disputas que surjan de 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 parte que No Perteneciente a la Red de los planes de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS); 2) los planes de la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); 3) los planes de Indemnización Fuera del Área (Out-of-Area, OOA) y 4) los planes Dentales de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Apellido del suscriptor*

Número de historia clínica del
suscriptor (si se conoce)

Páginas de información del dependiente

Use esta página para inscribir a, eliminar a o actualizar los dependientes. Si se requiere espacio para dependientes adicionales, pueden utilizarse múltiples páginas de información del dependiente. **Las secciones de la A a la D de la página de información del Cliente y del Suscriptor se requieren para todas las solicitudes.**

E. Dependientes

<p>1 <input type="checkbox"/> Inscribir <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Cambiar el nombre</p> <p>Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Niño dependiente</p> <p>¿Esta persona ha recibido tratamiento en un centro de atención de Kaiser Permanente alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sexo:* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar</p> <p>Nombre*</p> <p>Apellido*</p> <p>Nombre o sobrenombre anterior</p>	<p>Inicial del segundo nombre*</p> <p>Número de historia clínica (si se conoce)</p> <p>Número de Seguro Social*</p> <p>Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)</p>
<p>2 <input type="checkbox"/> Inscribir <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Cambiar el nombre</p> <p>Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Niño dependiente</p> <p>¿Esta persona ha recibido tratamiento en un centro de atención de Kaiser Permanente alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sexo:* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar</p> <p>Nombre*</p> <p>Apellido*</p> <p>Nombre o sobrenombre anterior</p>	<p>Inicial del segundo nombre*</p> <p>Número de historia clínica (si se conoce)</p> <p>Número de Seguro Social*</p> <p>Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)</p>
<p>3 <input type="checkbox"/> Inscribir <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Cambiar el nombre</p> <p>Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Niño dependiente</p> <p>¿Esta persona ha recibido tratamiento en un centro de atención de Kaiser Permanente alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sexo:* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar</p> <p>Nombre*</p> <p>Apellido*</p> <p>Nombre o sobrenombre anterior</p>	<p>Inicial del segundo nombre*</p> <p>Número de historia clínica (si se conoce)</p> <p>Número de Seguro Social*</p> <p>Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)</p>

Información adicional

Nombre(s) de los dependientes cubiertos que viven en un domicilio diferente al del suscriptor

Domicilio* (ubicación física, no escribir apartado postal)

Ciudad

Estado

Código postal

Si lo prefiere, puede realizar esta transacción de inscripción o cambio en línea a través de account@kp.org (haga clic en "Español").

*Se requiere llenar este campo para todas las inscripciones y cambios.