



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*
Nombre o clasificación de la unidad de inscripción	Teléfono de contacto de elegibilidad	
	- -	
Plan (por ejemplo: HMO 20, DHMO 500/30)	Número o Identificación del Empleado	Fecha de vigencia de inscripción/cambio* (mm/dd/aaaa)
		/ /

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

☐ Inscribir al suscriptor (y dependientes)	☐ Eliminar dependientes de la cuenta del suscriptor	☐ Actualizar el domicilio
☐ Añadir dependientes a la cuenta del suscriptor existente	☐ Cambiar el nombre de suscriptor o de los dependientes	☐ Otro

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)
Apellido*	Número de Seguro Social*	
	- -	
Nombre o sobrenombre anterior	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	
	/ /	
Domicilio* (ubicación física, no escribir apartado postal)		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Teléfono		
- -		
Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa)		
Ciudad	Estado	Código postal

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 Pertenece 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

☐ Inscribir
 ☐ Eliminar
 ☐ Cambiar el nombre
 Relación con el suscriptor:
 ☐ Cónyuge
 ☐ Pareja doméstica
 ☐ Niño dependiente

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

Nombre*

Apellido*

Nombre o sobrenombre anterior

Inicial del segundo nombre*

Número de historia clínica (si se conoce)

Número de Seguro Social*

Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)

☐ Inscribir
 ☐ Eliminar
 ☐ Cambiar el nombre
 Relación con el suscriptor:
 ☐ Cónyuge
 ☐ Pareja doméstica
 ☐ Niño dependiente

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

Nombre*

Apellido*

Nombre o sobrenombre anterior

Inicial del segundo nombre*

Número de historia clínica (si se conoce)

Número de Seguro Social*

Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)

☐ Inscribir
 ☐ Eliminar
 ☐ Cambiar el nombre
 Relación con el suscriptor:
 ☐ Cónyuge
 ☐ Pareja doméstica
 ☐ Niño dependiente

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

Nombre*

Apellido*

Nombre o sobrenombre anterior

Inicial del segundo nombre*

Número de historia clínica (si se conoce)

Número de Seguro Social*

Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)

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.