

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. El empleador debe completar la sección 1.
2. El empleador es responsable de confirmar toda la información antes de la presentación. Asegúrese de que las fechas de vigencia sean correctas, ya que afectan las primas del plan de salud.
3. El empleado debe completar las secciones 2 a 5, si corresponde.
4. **El empleado debe firmar y escribir la fecha al final del formulario.**
5. El empleado debe completar todas las secciones correspondientes, conservar una copia para sus registros y entregar el formulario lleno al empleador.
6. El empleador debe entregar el formulario lleno a su corredor de seguros o al Centro de Servicios de California (California Service Center, CSC) para Pequeñas Empresas por correo electrónico a csc-sd-sba@kp.org* como archivo adjunto en formato PDF o por fax al **855-355-5334**.
7. Si el empleador quiere cancelar la cobertura de un empleado, debe usar el formulario **Subscriber Termination, Transfer, and Reinstatement** (Cancelación, transferencia y reactivación de un subscriptor), disponible en business.kaiserpermanente.org/business/forms-and-documents (en inglés).

Todos los cambios en las cuentas, incluidas las fechas de vigencia y la condición de dependiente, se realizarán de conformidad con el acuerdo contractual entre el empleador o cliente y Kaiser Permanente.

* Esta dirección de correo electrónico es solo para enviar formularios, no para hacer consultas.

1 INFORMACIÓN DE LA EMPRESA (el empleador debe completar esta sección)

Nombre de la empresa	Identificación del grupo		
Teléfono (###-###-####)	Ext.	Fax (###-###-####)	Correo electrónico

2 CAMBIOS SOLICITADOS

Motivos para agregar un dependiente (indique solo uno): adopción, pérdida de cobertura, nuevo cónyuge (matrimonio o pareja de hecho), mudanza al área de servicio, nacimiento de un hijo, inscripción abierta o reincorporación. Los cambios en el plan entran en vigencia el primer día del mes.

¿El empleado está inscrito en Medicare (suscriptor no cubierto)? Sí No

Un suscriptor no cubierto es un empleado que no está inscrito en el plan de grupo, pero que puede ofrecer cobertura a sus dependientes.

Incorporación de dependientes (complete las secciones 3, 4 y 5)

Motivo: _____ Fecha de vigencia: / /

Cambio de plan Nombre del nuevo plan: _____ Fecha de vigencia: / 01 /

Eliminación de dependientes (complete las secciones 3, 4 y 5) Fecha de vigencia: / /

Cambio de nombre del empleado (complete las secciones 3 y 5)

De: _____ A: _____ Fecha de vigencia: / /

(Complete las secciones 3 y 5 si selecciona alguna de las siguientes opciones)

Dirección del empleado Teléfono del empleado Número de Seguro Social del empleado Fecha de nacimiento del empleado o un dependiente

3 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (el empleado debe completar esta sección)

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Número de Seguro Social			
Dirección <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Postal	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono de día (###-###-####)	Teléfono de noche (###-###-####)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / / /		



Pequeña Empresa CAMBIO DE EMPLEADO O DEPENDIENTE

Nombre de la empresa (en letra de imprenta): _____

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____

4 DEPENDIENTES AFECTADOS

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho	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 (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Nombre anterior

<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 (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

<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 (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

<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 (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Si alguno de los dependientes nombrados arriba vive en otra dirección, proporcione la siguiente información:

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

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

5 INFORMACIÓN PARA LEER Y FIRMAR

ACUERDO DE ARBITRAJE DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC.

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), los proveedores de atención médica contratados, los administradores u otras partes asociadas (por el otro), por la supuesta violación de cualquier obligación que surja o que esté relacionada con la membresía en KFHP, incluido todo reclamo por negligencia médica o del hospital (un reclamo que indique que los servicios médicos eran innecesarios o no estaban autorizados, o bien que se proporcionaron de forma incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o asociada a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, debe decidirse por medio de un arbitraje vinculante, según la ley de California, y no por medio de una demanda ni un proceso judicial, excepto cuando la ley pertinente proporcione una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. 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)*.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Firma del empleado (obligatorio) X	Fecha
---	-------

Nota: Las disputas relacionadas con las siguientes coberturas totalmente aseguradas de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 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) los planes de organización de proveedores preferidos (PPO); 3) los planes de indemnización fuera del área (Out-of-Area Indemnity, OOA); y 4) los planes dentales de KPIC.

6 INFORMACIÓN DE CONTACTO

Envíe por correo electrónico el formulario lleno a csc-sd-sba@kp.org como archivo adjunto en formato PDF o por fax al **855-355-5334**.

Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios de California para Pequeñas Empresas al **800-790-4661, opción 1**.