

Formulario de Inscripción y de Cambio para Grupos Pequeños de Empleados de Maryland y Virginia del Plan HMO y Ofrecimientos de Opciones Flexibles

Le damos la bienvenida a Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (KFHP-MAS) o a Kaiser Permanente y Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC). Esperamos recibir su formulario de inscripción y de cambio. **Si tiene alguna pregunta respecto de los beneficios y servicios que se proporcionan en estas ofertas del plan, o que se excluyen de ellas, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros al [1-800-777-7902 o (TTY 711)] para personas sordas o con problemas auditivos o del habla antes de firmar este formulario.**

Escriba en letra de imprenta. Use este formulario para inscribirse en un plan, renunciar a un plan o cambiar (agregar o eliminar) el estado de membresía de su familia. Para poder ser suscriptor, debe vivir, trabajar o residir dentro de nuestra área de servicio y debe ser un empleado que cumple con todas las pautas de elegibilidad de su empleador. **Si elige renunciar a la cobertura, solo debe rellenar las Secciones A y C.** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de beneficios de su empleador.

Una vez que haya completado este formulario, fírmelo y entréguelo en la oficina de beneficios de su empleador. **No envíe este formulario a Kaiser Permanente, a menos que se le indique lo contrario.**

Si se inscribe en Medicare, deberá seguir un proceso de inscripción diferente. Para obtener más información, llame a un representante de Servicio a los Miembros al [1-800-777-7902 o (TTY 711)] para personas sordas o con problemas de audición o del habla.

SECCIÓN A: Información del Empleado

Proporcione información sobre usted en las secciones que correspondan.

SECCIÓN B: Plan de Beneficios Solicitado

Proporcione información sobre el plan que está seleccionando.

SECCIÓN C: Renuncia a la Cobertura

Complete esta sección si elige voluntariamente renunciar a toda la cobertura de seguro que ofrezca su empleador. Lea y firme la Sección C.

SECCIÓN D: Información sobre la Familia

Los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica deben cumplir con las pautas de elegibilidad de su grupo. Si tiene alguna pregunta acerca de la cobertura, comuníquese con la oficina de beneficios de su empleador.

SECCIÓN E: Otras Coberturas

Comuníquenos si usted, su cónyuge o pareja doméstica (en caso de que su empleador lo ofrezca), u otros dependientes familiares o hijos dependientes de su pareja doméstica tienen cobertura de otro plan de beneficios de salud. Esto puede suceder cuando ambos cónyuges o miembros de una pareja doméstica tienen empleo y reciben beneficios de atención médica de uno o más planes de salud.

Si usted o su familia están cubiertos por más de un plan de beneficios de salud, es posible que pueda ahorrar dinero y mejorar su cobertura. Si está cubierto por dos planes que incluyen una prestación de Coordinación de Beneficios (*Coordination of Benefit*, COB), tal vez pueda eliminar algunos de sus gastos de bolsillo por servicios aprobados que ahora están cubiertos parcialmente por esos planes.

Si se aplica una prestación de Coordinación de Beneficios en su caso, al firmar este formulario, permitirá que KFHP-MAS/KPIC coordine beneficios con cualquier plan de atención médica que esté determinado a ser el prestador principal, lo que incluye, entre otros, Medicare y la compensación del trabajador, siempre y cuando usted esté inscrito en el plan primario y dicho plan siga siendo el primario para KFHP-MAS/KPIC. Al firmar, autoriza a KFHP-MAS/KPIC y a sus empleados a divulgar registros o información relacionados con cualquier reclamo de servicios cubiertos que puedan ser solicitados por otra compañía. Esta autorización será válida el tiempo que dure la cobertura. Para obtener más información sobre la Coordinación de Beneficios, llame a un representante de Servicio a los Miembros, al [1-800-777-7902 o (TTY 711)] para personas sordas o con problemas de audición o del habla.

Dependiente de edad máxima o con discapacidad: Rellene esta sección con los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica que superen el límite máximo de edad requerido por su empleador o sean personas con discapacidad. Se le solicitará que proporcione información adicional para documentar a los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica que se indiquen en esta sección.

Dependientes que residen en otra dirección PERMANENTE: Use esta sección para documentar a los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica que tengan una dirección permanente distinta de la del suscriptor (el Empleado). Se le solicitará que proporcione información adicional para documentar a los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica que se indiquen en esta sección. Esta sección no se aplica a los dependientes ni a los hijos dependientes de su pareja doméstica que sean estudiantes a tiempo completo y vivan en albergues temporales mientras asisten a clases.

SECCIÓN F: Solicitud de Inscripción o Cancelación

Revise y firme este formulario. Antes de hacerlo, asegúrese de leer todo el material relacionado con la cobertura. En el caso de que no rellene todas las partes importantes de este formulario, podría demorar o impedir la inscripción y la emisión de la tarjeta de identificación de miembro. Si elige voluntariamente renunciar a toda la cobertura de seguro que ofrece su empleador, complete únicamente las Secciones A y C.

SECCIÓN G: Firma del Representante Autorizado por el Empleador

Esta sección debe ser llenada por el empleador.

TERGIVERSACIÓN DE INFORMACIÓN: KFHP-MAS/KPIC puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó de manera intencional información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Nombre de la empresa: _____ Fecha de vigencia:¹ _____ Fecha del evento calificado: _____ Número de grupo: _____

Nueva inscripción Individual Individual y de dependientes o hijos dependientes de mi pareja doméstica Inscripción abierta Nueva contratación	Evento calificado de vida COBRA Recontratación/reactivación Renuncia Otro	Cambio de cobertura Añadir cónyuge o pareja doméstica ² Añadir hijo dependiente ² o hijos dependientes de mi pareja doméstica Cambio de nombre ² Otro	Finalización de contrato del empleado Eliminar cónyuge o pareja doméstica ² Eliminar hijo dependiente ² o hijos dependientes de mi pareja doméstica Cancelar cobertura
--	---	---	---

¹ Consulte a su empleador cuál es la fecha de vigencia.

² Es posible que se solicite información adicional.

SECCIÓN A. Información del Empleado

El empleado debe completar lo siguiente.

Apellido del empleado: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Dirección: _____ N.º de unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

¿Usted, alguno de los dependientes o alguno de los hijos dependientes de su pareja doméstica que solicita cobertura ha tenido cobertura como miembro de KFHP-MAS o KPIC?

Sí No

Seleccione una opción:

Tiempo completo Medio tiempo Contratista 1099

Si no trabaja físicamente en la dirección de su empleador, proporcione su dirección de trabajo principal:

SECCIÓN B: Plan de Beneficios Solicitado

Ingrese únicamente el plan de salud de grupo que proporciona su empleador (que incluye los beneficios de salud esenciales con cobertura dental pediátrica).

Plan médico seleccionado:

Mejora del plan dental (opcional): **Cláusula dental para adultos seleccionados por el empleador (y plan de ortodoncia estética si lo ofrece el empleador)**

Los beneficios dentales están suscritos por KFHP-MAS y son administrados por Liberty Dental Plan.

Beneficios suscritos por KFHP-MAS: [HMO], [Kaiser Permanente Plus], [Deductible HMO], [Deductible Kaiser Permanente Plus], [Added Choice], [Qualified Health Saving Account (HSA) HDHP], [Virtual Complete], [Virtual Forward], [Flexible Choice (opción 1 de HMO)] y [HSA Qualified Flexible Choice (opción 1 de HDHP)].

Beneficios suscritos por KPIC: [Flexible Choice (opción 2 de PPO y opción 3 fuera de la red)] y [HSA Qualified Flexible Choice (opción 2 de PPO y opción 3 fuera de la red)]. El empleador establece a su entera discreción si desea abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account*, HSA), si contribuir a dicha cuenta y, en tal caso, cuánto contribuir para los empleados que se inscriban en determinados planes.

SECCIÓN C: Renuncia a la Cobertura

Al completar esta sección, reconozco que se me dio la oportunidad de inscribirme en este plan de beneficios de salud de grupo que ofrece mi empleador. Rechazo lo siguiente:

- Toda la cobertura
- Cobertura para mi cónyuge o pareja doméstica
- Cobertura para mis hijos o los hijos dependientes de mi pareja doméstica

Comprendo que si yo, mis dependientes o los hijos dependientes de mi pareja doméstica más adelante queremos inscribirnos en alguna de las coberturas rechazadas, tendremos que presentar documentación que respalde la inscripción fuera del periodo de inscripción abierta y que la cobertura puede estar sujeta a disposiciones de inscripción tardía según lo permitido por la ley y según lo indicado por mi empleador.

Firma del empleado que renuncia:

Motivo del rechazo:

- Otra cobertura de grupo patrocinada por el empleador de mi cónyuge o pareja doméstica¹
- Otra cobertura de grupo patrocinada por otra organización¹
- Medicare/Medicaid/TRICARE¹
- Cobertura individual¹
- Cobertura de los padres (debe ser menor de 26 años o ser una persona con discapacidad)¹
- Otros motivos (explique)

Fecha:

¹ Es posible que se solicite información adicional.

SECCIÓN D: Información sobre la Familia

**El empleado debe completar lo siguiente.
Si necesita más espacio, use otro formulario y adjúntelo a este.**

Cónyuge o pareja doméstica (si es elegible conforme a su plan) Apellido: Nombre: Inicial del segundo nombre: Sufijo:

Número de seguro social: Fecha de nacimiento: Masculino: Femenino: Relación con el empleado:

Apellido del hijo: Nombre: Inicial del segundo nombre: Sufijo:

Número de seguro social: Fecha de nacimiento: Masculino: Femenino: Relación con el empleado:

Apellido del hijo: Nombre: Inicial del segundo nombre: Sufijo:

Número de seguro social: Fecha de nacimiento: Masculino: Femenino: Relación con el empleado:

Apellido del hijo: Nombre: Inicial del segundo nombre: Sufijo:

Número de seguro social: Fecha de nacimiento: Masculino: Femenino: Relación con el empleado:

Apellido del hijo: Nombre: Inicial del segundo nombre: Sufijo:

Número de seguro social: Fecha de nacimiento: Masculino: Femenino: Relación con el empleado:

SECCIÓN D: Información sobre la Familia (continuación)

¿Alguno de sus dependientes o alguno de los hijos dependientes de su pareja doméstica mencionado supera la edad máxima del grupo?
 Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente.

Nombres (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Persona con discapacidad ¹		Motivo
	Sí	No	

¿Alguno de sus dependientes o alguno de los hijos dependientes de su pareja doméstica nombrado arriba vive de manera permanente en otra dirección?
 Sí No

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente. Si necesita más espacio, use otro formulario y adjúntelo a este.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Dirección: _____ N.º de unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¹ Es posible que se solicite información adicional.

SECCIÓN E: Otras Coberturas

¿Alguna de las personas mencionadas arriba, incluido usted, tiene otra cobertura de salud? Sí No Si la respuesta es "sí", indique cuáles.

Nombre	Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Número de teléfono

¿Usted, alguno de sus dependientes o alguno de los hijos dependientes de su pareja doméstica es elegible para Medicare? Sí No

SECCIÓN F: Solicitud de Inscripción o Cancelación¹

Solicitud de inscripción

Por la presente solicito, en nombre mío y de cada dependiente o hijo dependiente de mi pareja doméstica mencionado arriba, la cobertura de salud indicada. Si se acepta este formulario, la cobertura se proporcionará de acuerdo con los términos y las condiciones del contrato de mi empleador con KFHP-MAS/KPIC. Acepto cumplir con ese contrato. Si mi empleador requiere el pago de cargos por suscripción, acepto pagarle dichos cargos por suscripción a mi empleador.

Solicitud de cancelación

Por la presente solicito, en nombre mío y de cada dependiente o hijo dependiente de mi pareja doméstica mencionado arriba, que se cancele mi cobertura.

- Eliminar cónyuge o pareja doméstica.
- Eliminar hijos dependientes o hijos dependientes de mi pareja doméstica. Nombres:
- Cancelar toda la cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios y servicios que se proporcionarán en la cobertura objeto de este formulario de inscripción o que quedarán excluidos de dicha cobertura, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros antes de firmar este formulario de inscripción. Para ello, llame al [1-800-777-7902 o al (TTY 711)] para personas sordas o con problemas auditivos o del habla.

Autorizo a KFHP-MAS/KPIC y a sus empleados a divulgar registros o información relacionados con cualquier reclamo de servicios cubiertos que puedan ser solicitados por otra compañía de seguros. Esta autorización será válida el tiempo que dure la cobertura.

Entiendo que yo o la persona autorizada para actuar en mi nombre tenemos derecho a recibir una copia de este formulario.

En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

He leído atentamente este formulario y estoy de acuerdo con los términos. Las respuestas registradas en este formulario son, a mi leal saber y entender, completas y verdaderas a esta fecha.

Esta información está sujeta a verificación. El hecho de no completar una sección puede demorar el procesamiento del formulario o el pago de los reclamos.

Firma del empleado:

Fecha:

¹ Consulte a su empleador cuál es la fecha de vigencia.

Las personas inscritas de los siguientes estados deben consultar la advertencia de su estado específico:

Maryland: Toda persona que intencionalmente y a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para solicitar el pago por una pérdida o un beneficio, o que intencionalmente y a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de cometer un delito y es posible que se vea sujeta a multas e incluso encarcelamiento.

Virginia: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa podría infringir la ley estatal.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios y servicios que se proporcionarán en la cobertura objeto de este formulario de inscripción o que quedarán excluidos de dicha cobertura, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros antes de firmar este formulario de inscripción.

He leído atentamente este formulario y estoy de acuerdo con los términos. Las respuestas registradas en este formulario son, a mi leal saber y entender, completas y verdaderas a esta fecha.

Esta información está sujeta a verificación. El hecho de no completar una sección puede demorar el procesamiento del formulario o el pago de los reclamos.

SECCIÓN G: Firma del Representante Autorizado por el Empleador

Por la presente, certifico que estas inscripciones se han revisado y cumplen con todos los requisitos de elegibilidad.

Nombre en letra de imprenta o escrito a máquina:

Cargo:

Número de teléfono:

Firma del empleador:

Fecha: