

Anexo al Formulario de Inscripción o de Cambio para Grupos Grandes de Empleados de Oregón 2025



Este formulario debe agregarse al Formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón y no se puede enviar como un formulario independiente. Úselo cuando tenga más dependientes de los que pueda registrar en el Formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón.

Employer section (To be completed by the employer. Subgroup and billgroup information required if coverage is selected.)

Company name¹ _____ Effective date of coverage¹ ____ / ____ / ____
Medical group #¹ _____ Medical subgroup #¹ _____ Billgroup¹ _____
Dental group # _____ Billgroup _____

A Información del empleado (El empleado debe completar las secciones A, B y C).

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____ Apellido anterior/de soltera (si corresponde) _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de seguro social _____
Sexo¹ ☐ M ☐ F ☐ X ☐ Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____

B Información del dependiente

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,2} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de seguro social _____
Sexo¹ ☐ M ☐ F ☐ X ☐ Se niega a responder (en este momento)
Pronombres _____ Teléfono celular _____ Persona con discapacidad ☐ Sí ☐ No
☐ Cobertura médica
☐ Cobertura dental
Otro seguro ☐ Sí ☐ No Compañía de seguros _____
N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,2} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de seguro social _____
Sexo¹ ☐ M ☐ F ☐ X ☐ Se niega a responder (en este momento)
Pronombres _____ Teléfono celular _____ Persona con discapacidad ☐ Sí ☐ No
☐ Cobertura médica
☐ Cobertura dental
Otro seguro ☐ Sí ☐ No Compañía de seguros _____
N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

☐ Marque esta casilla si se adjunta otro Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón.

C Importante

Entiendo que puede considerarse un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Firma del empleado¹ _____ Fecha ____ / ____ / ____

¹ Campo obligatorio.

² Elegible hasta el último día del mes de su cumpleaños número 26 o sin límite de edad en el caso de los dependientes mayores de 26 años con una incapacidad física, del desarrollo o una enfermedad mental.

Según la ley estatal, si los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas de hecho registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera. Si su empleador decide proveer cobertura a parejas de hecho que no están registradas en el estado y los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas de hecho no registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera.

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.
© 2024 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.