



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.

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

Este formulario debe agregarse al Formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Washington 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 Washington.

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

Company name<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Effective date of coverage<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Group #<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Medical subgroup # \_\_\_\_\_ Medical billgroup \_\_\_\_\_

Dental subgroup # \_\_\_\_\_ Dental billgroup \_\_\_\_\_

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

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Apellido anterior/de soltera(si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>  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)<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo<sup>1</sup>  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)<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo<sup>1</sup>  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)<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo<sup>1</sup>  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)<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo<sup>1</sup>  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 Washington.

## C Importante

Es 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 empleado<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<sup>1</sup> Campo obligatorio.<sup>2</sup>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.

**The English version is the controlling document. The translated version is informational.  
La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.**