

# Formulario de Inscripción o de Cambio para Grupos Grandes de Empleados de Oregón 2025

Escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul únicamente.



KAISER PERMANENTE®

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.

## 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> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Medical group #<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Medical subgroup #<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Billgroup<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Dental group # \_\_\_\_\_ Dental subgroup # \_\_\_\_\_ Billgroup \_\_\_\_\_

### Enrollment/change reason — complete if existing group<sup>1</sup> (Please check one.)

New hire    Newborn    Loss of coverage    Part-time to full-time    Change \_\_\_\_\_

Open enrollment    COBRA    State continuation    Other/qualifying event \_\_\_\_\_

Does the subscriber live or work inside the Kaiser Permanente Northwest service area?  Yes  No

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

Seleccione el tipo de beneficio:<sup>1</sup>  Cobertura médica \_\_\_\_\_ (opción del plan)    Cobertura dental \_\_\_\_\_ (opción del plan)

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 \_\_\_\_\_

Domicilio<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia \_\_\_\_\_

## B Información de los dependientes (Para agregar más dependientes, use nuestro Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón. Si es para agregar dependientes, incluya a todos los que desea que permanezcan en el plan después de la fecha de vigencia del cambio).

Seleccione una opción:  Cónyuge  Cónyuge/pareja de hecho registrada<sup>2</sup>  Pareja de hecho no registrada

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</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>1,3</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>1,3</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 para agregar dependientes adicionales y adjunte el Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón. Incluya el nombre y el número de seguro social del empleado en el formulario.

<sup>1</sup> Campo obligatorio.

<sup>2</sup> Una persona que es legalmente reconocida como su pareja de hecho en un Certificado de pareja de hecho registrado válido expedido por el estado Oregón, que se encuentra registrada legalmente como su pareja de hecho según las leyes de otro estado o que fue reconocida de algún otro modo como su pareja de hecho según los criterios acordados, por escrito, entre Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest y su grupo.

<sup>3</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.

**C Importante:** No se puede procesar la solicitud sin su firma. Lea todo el formulario antes de firmar.

Si tergiversa de manera intencional un hecho importante mediante una declaración falsa o una omisión, Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) puede, dentro de los primeros dos años de cobertura, denegar la cobertura, modificar o cancelar el contrato, o tomar cualquier otra acción legal disponible conforme a la ley. Antes de que la cobertura entre en vigencia, el solicitante debe informar inmediatamente a KFHPNW por escrito si ocurre algo que haga que la solicitud quede incompleta o sea incorrecta. 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. Mediante mi firma confirmo que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta, y que leí los requisitos, los términos, las condiciones, las limitaciones y las disposiciones descritos en este formulario, y que estoy de acuerdo con ellos.

Firma del empleado<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Lea lo siguiente antes de firmar el formulario

Las siguientes declaraciones son válidas para el periodo de cobertura que he seleccionado en virtud de este plan para mí y para mis dependientes actuales y futuros que están o estarán cubiertos, a menos que yo o mis dependientes notifiquemos un cambio por escrito.

- Por el presente, acepto en representación mía y de mis familiares inscritos, que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) pueda solicitar información personal de salud, incluida la información sobre el tratamiento o los servicios que cualquiera de nosotros pueda recibir de un médico, profesional médico, hospital, consultorio médico u otro centro de atención médica. También acepto que KFHPNW o su representante autorizado usen y revelen la información personal de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin autorización, de acuerdo con la ley correspondiente. Esto no es una autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.
- Permiso que se hagan las deducciones correspondientes de mis ingresos si hubiera una parte del costo de la cobertura a mi cargo.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto de Kaiser Permanente.

## Derechos y responsabilidades de los miembros

Para obtener más información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de Kaiser Permanente, ingrese a [kp.org/disclosures](http://kp.org/disclosures) (haga clic en "Español") y seleccione "Oregon/SO de Washington" en el menú desplegable.

## Presentación de la solicitud de inscripción

El empleador debe presentar este formulario de inscripción. Asegúrese de que el formulario esté completo e incluya la firma del empleado. El proceso de inscripción puede demorarse considerablemente si falta información o si esta es incompleta.

**Por correo postal:**  
Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193

**Por fax:**<sup>2</sup>  
1-855-355-5334

**Correo electrónico:**  
csc-den-roc-group@kp.org

Puede ver los detalles del plan, como los beneficios, las exclusiones y las limitaciones, en la *Evidencia de Cobertura* (*Evidence of Coverage, EOC*). Para recibir la *EOC* de un plan en particular, comuníquese con Servicio a los Miembros. En caso de discrepancias entre este folleto y la *EOC*, prevalecerá la *EOC*.

<sup>1</sup> Campo obligatorio.

<sup>2</sup> Envíe un solo formulario de inscripción por vez al fax.

## Cómo completar este formulario

1. Escriba en letra legible de imprenta con tinta negra o azul.
2. Para inscribirse, debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de Northwest por lo menos el 50 % del tiempo, a menos que la inscripción sea para los planes Dual Choice PPO™, Added Choice® o PPO Plus. Para inscribirse en PPO Plus, debe vivir y trabajar, presencialmente, fuera del área de servicio.
3. Su empleador debe llenar la sección del empleador. Su empleador es responsable de verificar toda la información antes de presentar este formulario, especialmente las fechas de vigencia, ya que estas afectan su prima.
4. Debe llenar las secciones desde la A hasta la C. En la sección A, debe llenar la información sobre usted. Complete la sección B si inscribe a dependientes. Asegúrese de incluir el apellido anterior de los dependientes si corresponde. Lea la sección C y todo el resto del formulario. Luego, firme y escriba la fecha en el formulario.
5. Si está haciendo un cambio en la inscripción, como agregar a un dependiente, llene todas las secciones e incluya a todos los dependientes que estarán cubiertos a partir de la fecha de vigencia del cambio.
6. Después de completar el formulario, guarde una copia para su registro. (Pronto tendrá acceso a una tarjeta de identificación digital de Kaiser Permanente)

Todas las fechas de vigencia se establecerán según el acuerdo contractual entre el grupo (su empleador) y Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.

## Servicio a los Miembros

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

**1-800-813-2000**

O

**1-866-616-0047** para miembros de Kaiser Permanente Plus™, Dual Choice PPO™, Added Choice® y PPO Plus

Para TTY, llame al **711**. Para acceder a los servicios de interpretación de idiomas, llame al **1-800-324-8010**.



## Conéctese

Siga los pasos sencillos que aparecen en el lado izquierdo de esta página para inscribirse en su plan.

### ¡Soy un miembro nuevo!

#### Cree una cuenta en línea

Disfrute de un acceso seguro a la atención médica las 24 horas del día con servicios en línea que pueden ahorrarle tiempo y dinero. Después de registrarse, podrá enviar correos electrónicos al consultorio de su médico, ver los resultados de la mayoría de las pruebas de laboratorio, volver a surtir la mayoría de los medicamentos, programar citas de rutina virtuales o en persona, y mucho más.\* Ingrese a [kp.org/nuevosmiembros](http://kp.org/nuevosmiembros) para comenzar.

#### Su tarjeta de identificación

Una vez que se haya procesado su inscripción, podrá crear su cuenta en línea a través de la aplicación de Kaiser Permanente o en [kp.org/nuevosmiembros](http://kp.org/nuevosmiembros). Además, ahora puede acceder a su tarjeta de identificación digital en la aplicación de Kaiser Permanente que indica su nombre y su número único de historia clínica de 8 dígitos. Necesitará tener a la mano su tarjeta de identificación digital o física cuando llame para obtener consejos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o se acerque para recibir atención.

### Recepción de Bienvenida para Nuevos Miembros

Estamos aquí para ayudarles a usted y a su familia a entender su plan y a acceder a la atención médica. Si tiene preguntas o necesita ayuda, programe una cita o comuníquese con nuestra Recepción de Bienvenida para Nuevos Miembros al **1-888-491-1124**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

### Elija un médico y cámbielo en cualquier momento

Visite [kp.org/nuevosmiembros](http://kp.org/nuevosmiembros) para consultar los perfiles de nuestros médicos y encuentre uno que se adapte a sus necesidades.

### Transfiera sus recetas médicas

Si tiene que transferir recetas médicas, puede hacerlo en línea en [kp.org/nuevosmiembros](http://kp.org/nuevosmiembros) o llamar al **1-866-616-0047** (TTY 711). Por lo general, puede volver a surtir por única vez una receta médica de un proveedor no participante o que no pertenece a la red si el medicamento figura en nuestra lista de medicamentos cubiertos y la receta permite los surtidos.

\* Estas opciones son válidas cuando se obtiene atención en los centros de Kaiser Permanente.



FOLGENRL0125

©2024 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.