

Anexo al Formulario de Inscripción o de Cambio para KAISER PERMANENTE® Grupos Pequeños de Empleados de Oregón 2025

Este formulario debe agregarse al Formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños 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 pequeños 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 ____ / ____ / ____

Group #¹ _____ Medical subgroup # _____ Billgroup _____

Family dental subgroup #¹ _____ Billgroup _____

Pediatric only dental subgroup # (18 years and younger) _____ 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 (seleccione una opción): ☐ Dental familiar ☐ Dental pediátrica únicamente (18 años o menos)

☐ Exención de cobertura dental pediátrica³

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 (seleccione una opción): ☐ Dental familiar ☐ Dental pediátrica únicamente (18 años o menos)

☐ Exención de cobertura dental pediátrica³

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 pequeños 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.

³ Al marcar esta casilla, declara que el miembro tiene cobertura dental pediátrica de otro proveedor que cumple con la cláusula sobre beneficios de salud esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).