

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



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

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 _____
Adult dental subgroup # _____ Billgroup _____
Pediatric dental subgroup # _____ 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 adultos (a partir de los 19 años) ☐ Dental pediátrica (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 adultos (a partir de los 19 años) ☐ Dental pediátrica (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 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 empleado¹ _____ Fecha ____ / ____ / ____

¹Campo obligatorio. ²Elegible 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. ³Al 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).

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.

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.