

Formulario de inscripción y cambio
del empleado para 2026

Llene el formulario y envíelo a Kaiser Permanente, P.O. Box 23219, San Diego, CA 92193-9921

EMPLEADOR: LLENE ESTA SECCIÓN.

Fecha de vigencia _____

Fecha de cancelación _____

Nombre del grupo _____

Número de grupo _____

Plan de salud seleccionado _____

Lugar de pago (si corresponde) _____

Fecha inicial de contratación ____/____/____

Fecha de nueva contratación ____/____/____

Fecha de transferencia de medio tiempo

(m/t) a tiempo completo (t/c) ____/____/____

Horas trabajadas por semana _____

Si está jubilado(a), fecha de jubilación ____/____/____

Elija una opción:

☐ Inscripción abierta ☐ Agregar dependiente(s)☐ Empleado nuevo ☐ Eliminar cobertura☐ Cambio de _____ Empleado
dirección/nombre _____ Dependiente(s)☐ Evento calificado _____Fecha de procesamiento ____/____/____
por _____☐ Transferencia a COBRA

Fecha de inicio ____/____/____

☐ 18 meses☐ 36 meses

Renunciar a Delta Dental

☐ Elijo renunciar a la atención
dentalRecordatorio para
los empleadores:Para grupos ya inscritos en pólizas directas, la
inscripción y los cambios pueden realizarse
en línea a través del Portal de Negocios.

EMPLEADO: LLENE LO SIGUIENTE. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA.

Nombre del empleado _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)Dirección de residencia _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección postal (si es diferente a la de residencia) _____

Nombre anterior del solicitante o cónyuge/pareja doméstica (si corresponde) _____

Teléfono celular* (____) _____

Teléfono de casa* (____) _____

Dirección de correo electrónico* _____

* Entiendo que Kaiser Permanente puede comunicarse conmigo
por correo electrónico o mensaje de texto.

Solo para uso interno del plan de salud	Marque una opción.		Escriba en letra de imprenta		Número de Seguro Social	Hombre/ Mujer	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Relación con el empleado
	Agregar	Eliminar	Apellido	Nombre Inicial del segundo nombre				
			Propia (si no renuncia a la cobertura de atención dental, esta se aplicará a todos los miembros de la familia que estén inscritos)					
			Cónyuge/pareja doméstica/dependiente (encierre en un círculo una opción)					
			Dependiente					
			Dependiente					
			Dependiente					

(Firma del empleado)

(Fecha de la firma)

Es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de los beneficios del seguro. Los hijos dependientes son elegibles para recibir cobertura hasta los 25 años de edad, independientemente del estado civil, la condición de estudiante o la elegibilidad para recibir la cobertura de otro plan. No se requiere que los dependientes vivan con el suscriptor. No se requiere que los dependientes dependan del apoyo del suscriptor. La elegibilidad para recibir ayuda médica no se considera cuando se determina la elegibilidad para la cobertura o para realizar pagos. En el estado de Washington, las parejas domésticas registradas reciben el mismo trato que un cónyuge. Si los hijos del asegurado principal están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas son elegibles para recibir cobertura de la misma manera. La inscripción en la atención dental reflejará la inscripción en la atención médica, a menos que toda la familia renuncie a ella. Todos los planes de salud son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington o Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. 2715 Naches Ave. SW, Renton, WA 98057. La cobertura dental opcional es proporcionada por Delta Dental of Washington, 400 Fairview Ave. N., Suite #800, Seattle, WA 98109.