

EMPLEADOR: COMPLETE ESTA SECCIÓN.

Fecha de vigencia _____
 Fecha de cancelación _____
 Nombre del grupo _____
 Número del 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, fecha de jubilación ____/____/____

Elija una opción:

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

☐ Transferencia a COBRA
 Fecha de inicio ____/____/____
☐ A los 18 meses
☐ A los 36 meses

Recordatorio para empleadores: Para grupos ya inscritos en pólizas directas, la inscripción y los cambios pueden realizarse en línea a través del Portal de Negocios (Business Portal).

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

Nombre del empleador _____ Teléfono móvil* (____) _____
 (Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)
 Dirección de residencia _____ Teléfono de la casa* (____) _____
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)
 Dirección postal (si es distinta) _____ Dirección de correo electrónico* _____
 Nombre anterior del solicitante o cónyuge/pareja doméstica (si corresponde) _____

* 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)	Parentesco con el empleado
	Agregar	Quitar	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre				
			Usted mismo(a)						
			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. Todos los planes 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 versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.

The English version is the controlling document. The translated version is informational.