



Pequeña empresa  
**INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO**

Use este formulario para inscribirse en Kaiser Permanente. (Todos los campos con un \* son obligatorios).

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL PLAN

Nombre de la empresa*	Identificación del grupo (si tiene una asignada)	Fecha de vigencia* (solo puede comenzar el primer día del mes) / 01 /
Selección del plan*	Identificación del subgrupo (si tiene una asignada)	Clasificación del empleado (si corresponde)

Motivo de la inscripción (marque uno)  Nueva cuenta de grupo  Inscripción abierta  Otro:

Si tiene una cuenta **existente**, envíe el formulario completo como adjunto en formato PDF a [csc-sd-sba@kp.org](mailto:csc-sd-sba@kp.org) o por fax al **855-355-5334**.

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

¿Ha sido miembro o ha recibido atención de Kaiser Permanente en California?  Sí  No

Número de Seguro Social*	Apellido anterior/de soltera		
Apellido*	Nombre*	Inicial del segundo nombre	Idioma preferido (opcional)
Domicilio*	N.º de apartamento		
Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado
Dirección postal (si es distinta a la del domicilio) <span style="float: right;">N.º de apartamento</span>			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)* /      /	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Teléfono principal - Teléfono celular, si corresponde (###-###-####)	Dirección de correo electrónico

Si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible, solo podrá inscribirse durante un periodo de inscripción abierta anual establecido por su empleador o durante un periodo de inscripción especial, si ha tenido un evento calificado. Debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores al evento calificado. Los eventos calificados para la inscripción especial incluyen:

- Pérdida de la cobertura de salud mínima esencial, como resultado de cualquiera de las siguientes situaciones: pérdida de la cobertura patrocinada por el empleador porque usted y/o su dependiente ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad o su empleador ya no ofrece cobertura o deja de contribuir al pago de las primas; pérdida de la elegibilidad para la cobertura a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) (por una razón distinta a la terminación por causa justificada o a la falta de pago de la prima); finalización de su cobertura individual y/o la de su dependiente, de Medi-Cal, Medicare u otra cobertura gubernamental; o por cualquier motivo distinto al incumplimiento del pago oportuno de las primas o a situaciones que permitan una rescisión (fraude o tergiversación intencional de un hecho material); o pérdida de la cobertura de atención médica que incluya, entre otras, la pérdida de dicha cobertura debido a las circunstancias descritas en la Sección 54.9801-6(a)(3)(i) a (iii), inclusive, del Título 26 del Código de Regulaciones Federales, y las circunstancias descritas en la Sección 1163 del Título 29 del Código de los Estados Unidos.
- Adquisición de la condición de dependiente o incorporación de un dependiente debido a matrimonio, unión doméstica, nacimiento, adopción, colocación para adopción o asunción de una relación padre-hijo.
- Una orden judicial estatal o federal válida que disponga que usted o su dependiente estén cubiertos.
- Reubicación permanente, como mudarse a una nueva ubicación y tener una opción diferente de planes de salud, o ser liberado de una situación de encarcelamiento.
- El emisor de la cobertura de salud anterior incumplió de manera sustancial una disposición material del contrato de cobertura de salud.
- La participación de un proveedor dentro de la red en su plan de salud y/o el de su dependiente finalizó cuando usted y/o su(s) dependiente(s) se encontraban bajo atención activa por alguna de las siguientes condiciones: una condición aguda (una condición aguda es una afección médica que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y tiene una duración limitada); una condición crónica grave (una condición crónica grave es una afección médica debida a una enfermedad u otro problema o trastorno médico de naturaleza seria que persiste sin cura completa o empeora durante un período prolongado, o que requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro); embarazo; enfermedad terminal (una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte en un plazo de un año o menos); atención de un recién nacido desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad; o la realización de una cirugía u otro procedimiento que haya sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días posteriores a la fecha de terminación del contrato o dentro de los 180 días posteriores a la fecha de vigencia de la cobertura de un asegurado recientemente cubierto.
- Un miembro de las fuerzas de reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos que regresa del servicio activo, o un miembro de la Guardia Nacional de California que regresa del servicio activo conforme al Título 32 del Código de los Estados Unidos.
- En lo que respecta a los planes de beneficios de salud que se ofrecen fuera del Mercado de Intercambio, una persona demuestra al Departamento de Atención Médica Administrada o al Departamento de Seguros, según corresponda, que no se inscribió en un plan de beneficios médicos durante el periodo de inscripción inmediatamente anterior disponible porque le informaron mal que contaba con la cobertura esencial mínima.

(Todos los campos con un \* son obligatorios).



Pequeña empresa  
**INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO**

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:** incluya solamente a los familiares que se inscribirán. Indique el teléfono y correo electrónico únicamente de los adultos dependientes de 18 años o más.

Seleccione una opción <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*			
Nombre anterior (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
Teléfono principal-Teléfono celular, si corresponde (###-###-####)	Dirección de correo electrónico		
<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
Teléfono principal-Teléfono celular, si corresponde (###-###-####)	Dirección de correo electrónico		
<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
Teléfono principal-Teléfono celular, si corresponde (###-###-####)	Dirección de correo electrónico		
<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
Teléfono principal-Teléfono celular, si corresponde (###-###-####)	Dirección de correo electrónico		
<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número de Seguro Social
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
Teléfono principal-Teléfono celular, si corresponde (###-###-####)	Dirección de correo electrónico		
<b>Si alguno de los dependientes nombrados arriba vive en otra dirección, proporcione la siguiente información:</b>			
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección		
Teléfono principal-Teléfono celular, si corresponde (###-###-####)	Dirección de correo electrónico		
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección		
Teléfono principal-Teléfono celular, si corresponde (###-###-####)	Dirección de correo electrónico		

## INFORMACIÓN PARA LEER Y FIRMAR

---

### ACUERDO DE ARBITRAJE DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC.<sup>†</sup>

Entiendo que (salvo en los casos de tribunales de reclamos menores, reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o a la normativa de reclamos de la Ley ERISA, y cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante según la ley aplicable) toda disputa entre mi persona, mis herederos, mis familiares u otras partes asociadas (por un lado) y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), los proveedores de atención médica contratados, los administradores u otras partes asociadas (por el otro), por la supuesta violación de cualquier obligación que surja o que esté relacionada con la membresía en KFHP, incluido todo reclamo por negligencia médica o del hospital (un reclamo que indique que los servicios médicos eran innecesarios o no estaban autorizados, o bien que se proporcionaron de forma incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o asociada a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, debe decidirse por medio de un arbitraje vinculante, según la ley de California, y no por medio de una demanda ni un proceso judicial, excepto cuando la ley pertinente proporcione una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a mi derecho a un juicio por jurado y a resolver cualquier disputa a través de arbitraje vinculante. Entiendo que la cláusula completa de arbitraje se encuentra en la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)\*

---

Firma del empleado\*

Fecha

X

---

(Todos los campos con un \* son obligatorios).

<sup>†</sup>Las disputas relacionadas con las siguientes coberturas totalmente aseguradas de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) la organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y la sección fuera de la red de los planes de punto de servicio (Point-of-Service, POS); 2) planes de organización de proveedores preferidos (PPO); 3) planes de indemnización fuera del área (Out-of-Area Indemnity, OOA); y 4) planes dentales de KPIC.

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y números de teléfono, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico, mensajes de texto o mensajes de voz de Kaiser Permanente. Para obtener más información, visite [healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions](http://healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions) (haga clic en "Español")

Envíe por correo electrónico el formulario completo a [csc-sd-sba@kp.org](mailto:csc-sd-sba@kp.org) o por fax al 855-355-5334.