

INSTRUCCIONES

1. El empleador tiene que completar la Sección 1.
2. El empleador tiene la responsabilidad de confirmar toda la información antes de presentarla. Verifique que las fechas efectivas sean correctas ya que las mismas afectan las primas del plan de salud.
3. El empleado tiene que completar las Secciones 2 a 5.
4. El empleado tiene que firmar y escribir la fecha en la parte inferior del formulario.
5. Una vez que se hayan completado todas las secciones el empleado debe hacer una copia para sus archivos y entregar el formulario completo al empleador.
6. El empleador debe entregar el formulario completo a su corredor (de seguros) o al Centro de Servicios de California (CSC) para la Pequeña Empresa por fax:
 Norte de California **858-614-3344**
 Sur de California **858-614-3345**
 o por correo electrónico a: **CSC-SD-SBA@kp.org**.
7. Si desea cancelar la cobertura de un empleado use el formulario de Cancelación/Transferencia del suscriptor disponible en **kp.org/smallbusinessforms/ca**.

Todos los cambios en las cuentas, incluidas las fechas efectivas y el estado de los dependientes, se realizarán de conformidad con el acuerdo contractual entre el empleador/cliente y Kaiser Permanente. Si cambia su dirección residencial es posible que también cambie su tarifa.

1 INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

Nombre de la compañía			Identificación del cliente		
Teléfono () -	Ext.	Fax () -	Correo electrónico		

2 CAMBIOS SOLICITADOS

Motivos para agregar un dependiente (escoja solo 1): adopción, pérdida de la cobertura, nuevo cónyuge (matrimonio), nuevo domicilio en el área de servicio, agregar un recién nacido, inscripción abierta

Motivos para eliminar un dependiente (escoja solo 1): divorcio, defunción de un miembro, inscripción abierta, otros

Agregar dependientes (complete las Secciones 3, 4 y 5)

Motivo: _____ Fecha efectiva: / /

Eliminación de dependientes (complete las Secciones 3, 4 y 5)

Motivo: _____ Fecha efectiva: / /

Cambio de nombre del empleado (complete las Secciones 3 y 5)

De: _____ Para: _____ Fecha efectiva: / /

(Complete las Secciones 3 y 5 si selecciona cualquiera de las siguientes opciones)

Dirección del empleado Teléfono del empleado Número de seguro social del empleado

3 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de seguro social		Número de historia clínica		
Dirección residencial		Primer día de residencia en esta dirección (dd/mm/aaaa) / /		Ciudad		Estado
Código postal		Condado				
Teléfono de día () -		Teléfono por la noche () -		Correo electrónico		

CAMBIO DE DEPENDIENTE/EMPLEADO

Nombre de la compañía (en letra de imprenta): _____

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____

4 DEPENDIENTES AFECTADOS

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de historia clínica (si lo conoce)	
<input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de historia clínica (si lo conoce)	
<input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de historia clínica (si lo conoce)	
<input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de historia clínica (si lo conoce)	

 ¿Alguno de los dependientes que nombró vive en otra dirección? Sí No Si respondió "sí", complete lo siguiente:

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

5 FIRMA

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC., ACUERDO DE ARBITRAJE

Entiendo que (a excepción de los casos del tribunal de demandas de menor cuantía, las reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA, y cualquier otra reclamación que no puede estar sujeta al arbitraje obligatorio bajo las leyes vigentes), toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas (por un lado) y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier deber que surja o esté relacionado con su membresía en KFHP, incluida cualquier reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indique que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, debe decidirse por medio de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda ni recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente proporcione una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la *Evidencia de Cobertura* incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)	Cargo (en letra de imprenta)
Firma del empleado X	Fecha

Nota: El arbitraje obligatorio no se aplica a las disputas relacionadas con cualquiera de los siguientes productos de KPIC: 1) planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) y 2) planes dentales KPIC.

6 INFORMACIÓN DE CONTACTO

Fax:

 Norte de California **858-614-3344**

 Sur de California **858-614-3345**

Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios de California (CSC) para "Small Business" (*Pequeñas Empresas*) llamando al **800-790-4661, opción 1** o por correo electrónico a **CSC-SD-SBA@kp.org**.