

CAMBIO DE DEPENDIENTE/EMPLEADO

INFORMACIÓN IMPORTANTE

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 de vigencia están correctas ya que las mismas afectan las primas del plan de salud.
3. El empleado tiene que completar las Secciones 2 a 5, si corresponde.
4. **El empleado tiene que firmar y escribir la fecha en la parte inferior del formulario.**
5. El empleado tiene que llenar todas las secciones que correspondan y conservar 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 (California Service Center, CSC) para la Pequeña Empresa por correo electrónico: **csc-sd-sba@kp.org***, como un documento PDF adjunto o por fax al **855-355-5334**.
7. Si el empleador quisiera terminar la cobertura de un empleado, por favor utilizar el formulario **"Subscriber Termination/Transfer"**, disponible en la sección "Terminating employee coverage" en **kp.org/smallbusinessforms/ca**.

Todos los cambios en las cuentas, incluidas las fechas de vigencia y el estado de los dependientes, se realizarán de conformidad con el acuerdo contractual entre el empleador/cliente y Kaiser Permanente.

*Esta dirección de correo electrónico es sólo para enviar formularios, no para consultas.

1 INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA (Se debe completar por el empleador)

Nombre de la compañía			N.º de identificación del grupo	
Teléfono () -	Ext.	Fax () -	Correo electrónico	

2 CAMBIOS SOLICITADOS

Motivos para agregar dependiente (indique uno únicamente): adopción, pérdida de cobertura, nuevo cónyuge (matrimonio/pareja doméstica), traslado al área de servicio, adición de recién nacidos, inscripción abierta, o reactivación. Los cambios en el plan entran en vigencia el primer día del mes.

¿Está el empleado inscrito en Medicare (suscriptor no cubierto)? Sí No

Un suscriptor no cubierto es un empleado que no está inscrito en el plan de grupo, pero permite la cobertura de dependientes.

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

Motivo: _____ Fecha de vigencia: / /

Cambio de plan. Nombre del nuevo plan: _____ Fecha de vigencia: / **01** /

Eliminación de dependientes (complete las Secciones 3, 4 y 5) Fecha de vigencia: / /

Cambio de nombre del empleado (complete las Secciones 3 y 5)
De: _____ A: _____ Fecha de vigencia: / /

(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 Fecha de nacimiento del empleado o dependiente

3 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (Se debe completar por el empleado)

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)			Número de seguro social		
Dirección <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Postal		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono de día () -	Teléfono por la noche () -	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /			

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 (mm/dd/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No Declarado	Número de seguro social
--	---	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nombre anterior

<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No Declarado	Número de seguro social
---------------------------------------	---	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No Declarado	Número de seguro social
---------------------------------------	---	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

<input type="checkbox"/> Dependiente*	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No Declarado	Número de seguro social
---------------------------------------	---	---	-------------------------

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Si alguno de sus dependientes nombrados arriba vive en otra dirección, complete la siguiente información:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dirección

5 LEA Y FIRME

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 la 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 estipule una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto *Evidence of Coverage* incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Firma del empleado (requerido)	Fecha
X	

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

6 INFORMACIÓN DE CONTACTO

 Envíe por correo electrónico el formulario completo a csc-sd-sba@kp.org como un documento PDF adjunto o por fax al **855-355-5334**.

 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**.