

UDWA / AFSCME Local 3930
Insurance Trust Office
940 Calle Negocio #110
San Clemente, CA 92673
800-883-0902 Toll Free
949-545-0167 Fax

NOTA: Debe completar este formulario,
firmar la solicitud y devolver en
el sobre adjunto para la inscripción.
Complete este formulario para Kaiser Permanente
o el formulario para SIMNSA, pero no ambos.

San Diego County UDWA Local 3930 Kaiser Permanente Solicitud de Inscripción

Group # - Kaiser Permanente – 228586-0000

INFORMACION DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR

- -			
Num. de Seguro Social	Apellido	Nombre	Middle
/ /	Sexo: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	
Fecha de nacimiento			
Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Direccion electronica (optativa)	
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo postal
()	()		
Tel. (dia)	Tel. (tarde)		

Autorización de deducción de beneficios

En el caso de que suspendan las deducciones de nómina de sueldos, yo autorizo al procesador externo de UDW iniciar una transferencia de fondos automática y recurrente mensualmente con mi institución financiera a la que mi empleador deposita mi pago en una cantidad igual a la prima de co-contribución mensual que se me exige pagar para permanecer inscrito/a en el plan de beneficios de salud y bienestar que he seleccionado. Mi prima de co-contribución actual es de \$30 por mes, no obstante, esta cantidad puede cambiar en cualquier momento, Si eso sucede, esta autorización seguirá vigente por cualquier dicha cantidad. Yo entiendo que este servicio está disponible para mí como resultado de mi membresía de UDW, si dejara de ser miembro de UDW no recibiré este servicio y las deducciones y pagos automáticos de mis primas se suspenderán.

También autorizo el ajuste de entradas para corregir errores. Yo estoy de acuerdo que los retiros y los ajustes a mi cuenta de cheques o de ahorros se pueden realizar de manera electrónica y bajo las reglas de la National Automated Clearing House Association. Mi tarjeta de membresía de UDW autoriza a mi Controlador/Empleador proporcionar al procesador de pagos de UDW la información de mi cuenta bancaria, a la que también se aplicará la autorización para el pago de mis primas de Salud y Bienestar.

Yo entiendo que esta autorización no es una indicación o garantía de inscripción o elegibilidad en el plan. También entiendo que es mi responsabilidad garantizar que las primas de co-contribución se recauden al plan de manera oportuna, asegurar que haya fondos suficientes disponibles en mi cuenta para procesar el pago de las primas bajo esta autorización, y asegurar que la información de mi cuenta permanezca actualizada y precisa.

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [Employee Retirement and Income Security Act, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique 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 el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Firma Aquí 

Se Require Firma

Fecha