

# Formulario de inscripción o cambio de grupo en California

Escriba en letra de molde con tinta negra. Vea las instrucciones al dorso. Haga una copia para sus archivos.

## PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR

Nombre de la compañía		Fecha de contratación (mm/dd/aaaa) <small>Not applicable</small>
Número de grupo	Unidad de inscripción <small>Not applicable</small>	Fecha de vigencia de la inscripción/cambio (mm/dd/aaaa) <small>Not applicable</small>

**A. MOTIVO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO** (para ayuda, vea el cuadro de cambios) Grupo nuevo:  Sí  No

Plan de salud (marque uno)  Plan HMO (\$30.00 por mes)

**B. EMPLEADO** ¿Ha sido alguna vez miembro de Kaiser Permanente?  Sí  No

N.º de historia clínica (si lo conoce)	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección residencial	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del trabajo	Teléfono del hogar	Correo electrónico	
Etnia (Ej.: latino, indígena norteamericano)	Idioma de preferencia		

llene completamente y firme abajo

llene completamente y firme abajo

## D. Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Kaiser Permanente Insurance Company\*

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal de demandas de menor cuantía, las reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare y, si estoy inscrito en una cobertura que está sujeta a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA, o cualquier 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), Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC),\* cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier deber que se surja o esté relacionado con su calidad de miembro de KFHP o su cobertura de KPIC, 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 incompleta), por responsabilidad de las instalaciones, o relacionados con 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 ni recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente proporcione una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje vinculante. Entiendo que el Certificado de Seguro (*Certificate of Insurance*) y la Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*) incluyen todas las disposiciones del arbitraje.

\*El arbitraje obligatorio no se aplica a las disputas asociadas a cualquiera de los siguientes productos de KPIC: 1) Niveles 2 y 3 del plan Punto de Servicio (*Point-of-Service*, POS); 2) los planes de Organización de Proveedores Preferidos (*Preferred Provider Organization*, PPO) y los planes de Indemnización Fuera del Área (*Out-of-Area Indemnity*, OOA); y 3) los planes dentales de KPIC.

X

Firma obligatoria para todos los planes de Kaiser Permanente (No incluye KPIC PPO, KPIC OOA y los planes dentales de KPIC)

Fecha

