

UDWA / AFSCME Local 3930

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

NOTE: You must complete this form, sign the application and return in the envelope for enrollment!!!!

Riverside UDWA Local 3930 Enrollment Application

EMPLOYEE/SUBSCRIBER INFORMATION			
Social Security Number		Last Name	
First Name		Middle	
Date of Birth		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single			
Preferred Language Spoken		Preferred Language Written	
E-mail Address (optional)			
Street Address		City	
State		Zip Code	
Day Phone		Evening Phone	
Primary Dentist Selection - Enter dentist code above. Code is the 4 digits before each dentist name in the included directory			

ACCEPTANCE OF COVERAGE

- I understand the total cost to me for the Kaiser Permanente medical plan and the DHS dental plan is \$30 per month. This \$30 will be deducted from my State of California issued paycheck. If a deduction is missed you will be invoiced and must pay that invoice to keep your insurance.
- I understand that I must continue to work 80 or more paid hours each month to keep the insurance

Kaiser Foundation Health Plan Arbitration Agreement

I understand that (except for Small Claims Court cases, claims subject to a Medicare appeals procedure or the ERISA claims procedure regulation, and any other claims that cannot be subject to binding arbitration under governing law) any dispute between myself, my heirs, relatives, or other associated parties on the one hand and Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), any contracted health care providers, administrators, or other associated parties on the other hand, for alleged violation of any duty arising out of or related to membership in KFHP, including any claim for medical or hospital malpractice (a claim that medical services were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered), for premises liability, or relating to the coverage for, or delivery of, services or items, irrespective of legal theory, must be decided by binding arbitration under California law and not by lawsuit or resort to court process, except as applicable law provides for judicial review of arbitration proceedings. I agree to give up our right to a jury trial and accept the use of binding arbitration. I understand that the full arbitration provision is contained in the *Evidence of Coverage*.

Signature Required for Kaiser Permanente & DHS Plan

Date

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER (FOR OFFICE USE ONLY)

Riverside UDWA Local 3930

231749-0000

Company Name

Group Number

Effective Date

Enrollment Reason: New Hire Loss of Other Coverage

Open Enrollment Other: Reached Top of Waitlist

Event Date: _____

Date of Hire: _____

Wait List Number:

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

Riverside UDWA Local 3930 Solicitud de Inscripción

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)	
Dirreccion	Ciudad	Estado	Codigo postal
()	()		
Tel. (dia)	Tel. (tarde)	Selección Principal Dentista - Escribir el codigo del dentista. El codigo son los 4 digitos antes de cada nombre de dentista en el directorio incluido	

Aceptacion de Cubertura

- Entiendo que el costo total para mí plan médico de Kaiser Permanente y el plan dental DHS es de \$ 30 por mes. Estos \$ 30 serán deducidos de mi cheque emitido por el estado de California. Si la deducción se pierde se le mandara una factura y debe pagar esa factura para mantener su seguro.
- Yo entiendo que tengo que seguir trabajando 80 horas o más pagados cada mes para mantener el seguro.

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.

Se Require Firma Para el plan de Kaiser Permanente y DHS

Fecha

EL EMPLEADOR DEBE LLENAR ESTA SECCION

Riverside UDWA Local 3930

231749-0000

Nombre de Compania

Numero de Grupo

Fecha de Efectivo

Motivo de la inscripción: Nuevo empleado Pérdida de cobertura Inscripción abierta Otro motivo: Premeros de lista de espera

Fecha de evento: _____ Fecha de contratación: _____

Numero de Lista de Espera: