CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH & WELFARE TRUST FUND

Los Angeles Office: 828 West Washington Blvd • Los Angeles CA 90015 • Teléfono 213.747.7551 • 877.492.2778
Claims Office: 2323 Eastlake Ave East • Seattle WA 98102 • Teléfono 844.492.9158

PLEASE CHECK ALL THAT APPLY

☐ NUEVO MIEMBRO
☐ CAMBIOS DE: ☐ NOMBRE ☐ ESTADO CIVIL
☐ DIRRECION ☐ AGREGAR/QUITAR DEPENDIENTE(S)
☐ PLAN ☐ NUMERO DE SEGURO SOCIAL

TRUST FUND OFFICE USE ONLY:

KAISER GROUP NO.	ENROLLMENT UNIT
NEW ENROLLMENT EFFECTIVE DATE (MM/DD/YY)	
ENROLLMENT CHANGE EVENT DATE (MM/DD/YY)	

SECCION I - INFORMACION DEL EMPLEADO

APELLIDO	PRIMERO NOMBRE	INICIAL	Nº DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCION (CALLE O APARTADO POSTAL)	APTO #		SEXO (M/F)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	Nº DE TELEFONO CON CODIGO DEL AREA ( )	
ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO	EMPLEADOR	LOCAL #	FECHA DE EMPLEO (MM/DD/YYYY)	

POR FAVOR REVISE SU CONTRATO PARA CONFIRMAR SUS OPCIONES DE BENEFICIOS MÉDICOS Y DENTALES ANTES DE SELECCIONAR SUS OPCIONES

OPCIONES DE PLANES DENTAL:
☐ DELTACARE® USA
☐ PLAN DENTAL AUTO-FINANCIADO

PLAN MÉDICO:
PLAN KAISER PERMANENTE TRADITIONAL

SECCION II - DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO Y DEPENDIENTES

PARENTESCO**	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMENTO	Nº DE SEGURO SOCIAL	RECIBE MEDICARE PARTE A O B	TRANSPLANTE DE RINONES O DIALISIS
Ser						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Esposa/o* Pareja Domestica**						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Hijo/Hija*						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Hijo/Hija*						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Hijo/Hija*						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

*** Parentesco – Esposa/o, Hija/o, Hijastra/o, Adoptivos. Incluya copias de Acta de Matrimonio Registrado para su esposa/o, actas de nacimiento para los hijos menores de 26 años.**
**** Pareja Doméstico - el miembro debe aplicar y calificar separadamente para elegibilidad Doméstica por la Oficina de Fideicomisos.**

USTED O SUS DEPENDIENTES TIENEN OTRA ASEGURANZA? ☐ SI ☐ NO
SI TIENEN OTRA ASEGURANZA, POR FAVOR APUNTE EL NOMBRE, DIRECCION Y EL NUMERO DEL POLÍZA DE LA ASEGURANZA: _____

POR FAVOR COMPLETE LA SECCIÓN LISTADA ABAJO E INCLUYA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE SI SU DEPENDIENTE ESTÁ INSCRITO EN MEDICARE

Por favor liste el individuo que recibe Medicare
Nombre:_____

Recibe Parte A? SI ☐ NO — Indique la fecha efectiva si tiene la tarjeta: _____/_____/_____
Recibe Parte B? SI ☐ NO — Indique la fecha efectiva si tiene la tarjeta:_____/_____/_____

USTED DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN ABAJO SI USTED CHEQUEO QUE TUVO UN TRASPLANTE O ESTA RECIBIENDO UN TRATAMIENTO DE RIÑONES

Por favor liste el individuo que está recibiendo trasplante de Riñón y/o Diálisis
Nombre:_____

Recibió un trasplante de Riñones? ☐ SI ☐ NO — Indique la fecha efectiva: _____/_____/_____
Recibió un diálisis? ☐ SI ☐ NO — Indique la fecha efectiva: _____/_____/_____

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamos Menores, los reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o a la reglamentación del procedimiento de reclamos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA], o cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, mis 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 el otro lado, en concepto de la supuesta violación de cualquier obligación derivada de la membresía de KFHP o relacionada con esta, incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (reclamo según el cual los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados, o se prestaron de forma indebida, negligente o incompetente), responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que dispóngala doctrina jurídica, no deberá resolverse por medio de una demanda o un procedimiento judicial, sino mediante arbitraje vinculante conforme a la legislación de California, excepto que la ley correspondiente determine la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestros derechos a un juicio por jurado y acepto el uso de un arbitraje vinculante. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones sobre el arbitraje.

_____ **Se requiere una firma para el plan de Kaiser Permanente**

_____ **Fecha**

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ **FECHA:** _____/_____/_____