

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

POR FAVOR CHEQUEAR LOS QUE APLIQUEN			TRUST FUND OFFICE USE ONLY:	
☐ NUEVO MIEMBRO			KAISER GROUP NO.	ENROLLMENT UNIT
☐ CAMBIOS DE:			NEW ENROLLMENT EFFECTIVE DATE (MM/DD/YY)	
☐ NOMBRE	☐ ESTADO CIVIL	☐ AGREGAR/QUITAR DEPENDIENTE(S)	ENROLLMENT CHANGE EVENT DATE (MM/DD/YY)	
☐ DIRRECCION	☐ PLAN	☐ NUMERO DE SEGURO SOCIAL		

SECCION I - INFORMACION DEL EMPLEADO

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	N° DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN (CALLE O APARTADO POSTAL)		APTO #.	SEXO (M/F)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YY)
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	N° DE TELÉFONO CON CÓDIGO DEL ÁREA ()	
ESTADO CIVIL		EMPLEADOR	LOCAL #	FECHA DE EMPLEO (MM/DD/YYYY)
☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO				

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

OPCIONES DE PLAN MÉDICO:

☐ PLAN KAISER PERMANENTE TRADITIONAL

OPCIONES DE PLAN DENTAL:

☐ DELTACARE® USA

☐ DENTAL PLAN INDEMNIFICADO

SECCION II - DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO Y DEPENDIENTES

PARENTESCO*	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	N° DE SEGURO SOCIAL	RECIBE MEDICARE PARTE A O B	TRANSPLANTE DE RINONES O DIALISIS
Ser						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
☐ Esposa/o*						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
☐ 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 Doméstica - 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 POLIZA 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	Recibe Parte A?	☐ SI ☐ NO Indique la fecha efectiva si tiene la tarjeta: ____/____/____
Nombre: _____	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	Recibió un trasplante de Riñones?	☐ SI ☐ NO Indique la fecha efectiva si tiene la tarjeta: ____/____/____
Nombre: _____	Recibió un diálisis?	☐ SI ☐ NO Indique la fecha efectiva si tiene la tarjeta: ____/____/____

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan*

Entiendo que (a excepción de los casos del Tribunal de Reclamos Menores, reclamos sujetos a un procedimiento de apelaciones de Medicare o al reglamento de procedimiento de reclamos de ERISA, y cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante según la ley aplicable) cualquier disputa entre yo, 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 presunta violación de cualquier deber que surja de o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluido cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente), por responsabilidad de las instalaciones, o en relación con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley aplicable disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y aceptar el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición de arbitraje completa está contenida en la Evidencia de Cobertura.

Se requiere una firma para el plan de Kaiser Permanente

Fecha

*Las disputas que surjan de las siguientes coberturas totalmente aseguradas de Kaiser Permanente Insurance Company no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) y la parte fuera de la red de los planes de Punto de Servicio (POS); 2) Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO); 3) Planes de Indemnización Fuera del Área (OOA); y 4) Planes dentales KPIC.