

Instrucciones: esta forma le proporciona las diferentes opciones que usted puede elegir. Indique su opción de beneficio marcando la casilla al lado de las opciones de beneficio deseadas. **Complete esta forma y regrésela a Recursos Humanos.**

Sera completada por el EMPLEADOR			
Fecha de Contratación/Recontratación:		Título de Trabajo:	
Ubicación:			
Fecha Efectiva de Cambio/Cobertura		Razón	
Clase		# de Empleado	
<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Nuevo Contratado <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Reinstalar			

Sera completado por el EMPLEADO			
Primer Nombre:		# de Teléfono:	
Apellido:		Fecha de Nacimiento:	(mes/día/año)
Dirección de Casa:		# de Seguro Social:	
		Genero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad:		Estado Matrimonial:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Compañero/a Domestico/a
Estado:			
Código Postal:			
Dirección Electrónica:			

Medico, Dental, Vision & Vida / MA&D (marque los planes en que quiere inscribirse)					
Plan Medico	<input type="checkbox"/> Elijo Cobertura	<input type="checkbox"/> Rechazo Cobertura	Plan Dental Voluntarias	<input type="checkbox"/> Elijo Cobertura	<input type="checkbox"/> Rechazo Cobertura
Selección e si planea inscribirse	<input type="checkbox"/> Access PPO		Plan de Visión Voluntarias	<input type="checkbox"/> Elijo Cobertura	<input type="checkbox"/> Rechazo Cobertura
	<input type="checkbox"/> Virtual Plus		Vida / MA&D	<input type="checkbox"/> Elijo Cobertura	<input type="checkbox"/> Rechazo Cobertura

Información y Elecciones de Dependientes (marque los planes en que quiere inscribir a sus dependientes, use una forma adicional para mas dependientes)							
Agregar	Quitar	Primer Nombre	Apellido	Relación al Empleado	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero
<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

IMPORTANTE: Todos los empleados deben leer y firmar la parte trasera de esta forma para que la cobertura de inicio.

Beneficiario de Seguro de Vida y MA&D					
Beneficiarios	Nombre	Relación	% de Beneficio	# de Seguro Social	Dirección
Primario					
Primario					
Secundario					
Secundario					

Entiendo que marzo de 2025 es el período de inscripción abierta, para una fecha de vigencia del 1 de abril de 2025, y esta es mi oportunidad de realizar cualquier cambio en mi participación en el Plan de Beneficios para Empleados. Entiendo que no seré elegible para realizar cambios en mi participación en el Plan de Beneficios para Empleados hasta el 1 de abril de 2025 (a menos que mis dependientes elegibles o yo califiquemos para un cambio de estado familiar o hayamos perdido la cobertura en otro lugar) y que si se renuncia a la cobertura, la inscripción futura estará sujeta a limitaciones.

He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por los emisores para inscribirme en la cobertura y reconozco que toda la información completada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro. Todos los beneficios se regirán por los términos de los contratos de beneficios. Mi firma a continuación indica que he leído y comprendo este formulario de inscripción y los materiales descriptivos proporcionados.

He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por los emisores para inscribirme en la cobertura y reconozco que toda la información completada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro. Todos los beneficios se regirán por los términos de los contratos de beneficios. Mi firma a continuación indica que he leído y comprendo este formulario de inscripción y los materiales descriptivos proporcionados.

Reconozco y entiendo que mi plan de salud puede solicitar o divulgar información de salud sobre mí o mis dependientes (personas que son elegibles para la cobertura de beneficios y que figuran en el formulario de inscripción) con el fin de facilitar el tratamiento de la atención médica, el pago o con fines comerciales. operaciones necesarias para administrar los beneficios de atención médica; o según lo exija la ley.* La información de salud solicitada o divulgada puede estar relacionada con tratamientos o servicios realizados por: un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de la salud física o conductual; una clínica, hospital, centro de atención a largo plazo u otro centro médico; cualquier otra institución que brinde atención, tratamiento, consulta, productos farmacéuticos o insumos; o una compañía de seguros o un plan de salud grupal. La información de salud solicitada o divulgada puede incluir, entre otros: registros de reclamos, correspondencia, registros médicos, resúmenes de facturación, informes de imágenes de diagnóstico, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluidos registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no se aplica a la obtención de información sobre las notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización separada para las notas de psicoterapia. *Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, incluidos los usos y divulgaciones exigidos por la ley, consulte la Política de privacidad del operador. Hay una copia disponible en el sitio web de cada operador o por teléfono.

Para los residentes de Tennessee y Washington: es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Firma del Empleado/a	Fecha
----------------------	-------

Medical benefits underwritten by Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.
 Vision benefits underwritten by Principal Financial.
 Dental benefits underwritten by Principal Financial.
 Life benefits underwritten by Principal Financial.

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
 2715 Naches Ave. SW
 Renton, WA 98057

Access PPO:
 8519300

Principal Financial
 520 Pike Street #1400
 Seattle, WA 98101

1108713

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
 2715 Naches Ave. SW
 Renton, WA 98057

Virtual Plus:
 2198100