

Formulario de Cambios en la Cuenta

Con derechos adquiridos por antigüedad Colorado

Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o la cuenta de una cuenta existente de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Escriba su información personal en la sección A y seleccione la fecha en la que le gustaría que el cambio realizado en su plan o cuenta entrara en vigor (las fechas de vigencia no están garantizadas). Luego, seleccione los cambios que desea hacer en la sección B.
- Nota: Si usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre										Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
<input type="text"/>										<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
Apellido															
<input type="text"/>															
Número de historia clínica (si corresponde)						Sexo:			Número de seguro social (si corresponde)						
<input type="text"/>						<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar			<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>						
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)															
<input type="text"/>															
Ciudad															
<input type="text"/>															
Estado		Código postal			Teléfono (teléfono celular si corresponde)										
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>										
Dirección de facturación <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa.															
<input type="text"/>															
Ciudad															
<input type="text"/>															
Estado		Código postal													
<input type="text"/>		<input type="text"/>													
Futura fecha de entrada en vigor solicitada (la fecha debe ser el primer día del mes)															
<input type="text"/> / 0 1 / <input type="text"/>															
Dirección de correo electrónico															
<input type="text"/>															

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Los suscriptores (incluidos el padre, la madre o el tutor legal de una cuenta solo para hijos) pueden hacer cualquiera de los cambios que se mencionan a continuación para cualquier familiar. Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-632-9700**.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura médica para mí y todos los de la cuenta. | <input type="checkbox"/> Quiero agregar cobertura médica para un hijo recién nacido o recién adoptado. |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura médica de un familiar. | <input type="checkbox"/> Quiero hacer los cambios que se muestran en la sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio). |
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar de plan. (Consulte las reglas para el cambio de plan en la página 3; luego, seleccione el plan al que desea cambiar de acuerdo con esas restricciones). | |

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si tiene más de 2 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y escriba la información de esos dependientes.

Cónyuge o pareja de unión civil

Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

Dependiente 1

Agregar cobertura médica Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

Dependiente 2

Agregar cobertura médica Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

D. Elija su plan de salud

• Si desea cambiar su cobertura por otro plan con derechos adquiridos por antigüedad, únicamente podrá cambiarse a un plan con menos o los mismos beneficios. De acuerdo con la lista del lado derecho, esto significa que solo puede cambiarse a un plan que esté **debajo** de su plan actual. Considerando esto, marque la casilla junto al plan al que desea cambiarse. Todos los familiares que estén activos en su cuenta se cambiarán a este plan.

Nota: Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia de su nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$40 Copayment Plan with Rx | <input type="checkbox"/> \$2,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (80%) |
| <input type="checkbox"/> \$1,000 Deductible Plan (80%) with Rx | <input type="checkbox"/> \$2,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$1,500 Deductible Plan (80%) with Rx | <input type="checkbox"/> \$2,500 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$2,000 Deductible Plan (70%) with Rx | <input type="checkbox"/> \$3,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$2,000 Deductible Plan (70%) | <input type="checkbox"/> \$3,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$3,000 Deductible Plan (70%) with Rx | <input type="checkbox"/> \$4,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$5,000 Deductible Plan (60%) with Rx (Children's Plan) | <input type="checkbox"/> \$5,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$5,000 Deductible Plan (70%) | |

E. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Permanente se basará en la información que yo proporcione en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Permanente puede optar por dar por terminada mi cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura. Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas, la denegación del seguro e indemnizaciones civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o al demandante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado, una entidad que pertenece al Departamento de Agencias Reguladoras.
- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.
- Si trabajé con un corredor de seguros, entiendo que el corredor de seguros puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$18 por miembro por mes más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).

Nota: El suscriptor que realice un cambio deberá firmar el formulario.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

Información de contacto

Enviar por correo postal a:

Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193

O por fax a:

Administración de Membresías al
1-855-355-5334

¿Tiene alguna pregunta? Llame al

1-800-632-9700 (TTY 711)

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o al teléfono de Asistencia a los Miembros: **1-800-632-9700** (TTY **711**).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD)**. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké ñ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wudù kà kò dò po-poò béin ñ gbo kpáa. Đá **1-800-632-9700** (TTY **711**)

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700 (TTY 711)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700 (TTY 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíílnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

