



# Formulario de Certificación de Estudiante para cuentas de pago directo / Student Certification Form for Direct Pay Accounts

Requisitos para la cobertura de **estudiantes** dependientes:

- Debe ser menor de 23 años.
- Debe ser soltero.
- Debe de depender del suscriptor para su manutención.
- Debe estar inscrito en una institución acreditada.
- Debe ser un estudiante de tiempo completo.

**Subscriber:** Llene este formulario y envíelo por correo a:

Kaiser Permanente  
California Service Center  
P.O. Box 23059  
San Diego, CA 92193-3059

O si lo prefiere, puede enviar esta solicitud por fax al número:  
858-614-3344

Nombre del dependiente /  
Dependent's Name

Número de historia clínica del dependiente /  
Dependent's Medical Record Number

Fecha de nacimiento del dependiente /  
Dependent's Birth Date

Número de seguro social del dependiente /  
Dependent's Social Security Number

Nombre de la escuela / School Name

Dirección de la escuela /  
School Address

Ciudad, estado, código postal /  
City, State, ZIP Code

Número de identificación del estudiante /  
Student ID Number

Cantidad de unidades que cursa /  
Number of Units Carried

**Estudiantes que se encuentran de licencia médica:** si Kaiser Permanente le solicita que presente un formulario de certificación de estudiante y el estudiante se encuentra de licencia médica certificada por un médico, indique la fecha de inicio de la licencia a continuación y adjunte la documentación de la certificación del médico.

Fecha de inicio de la licencia del estudiante /  
Date Student's Leave Began

Certifico que el dependiente arriba mencionado cumple con todos los requisitos de cobertura de mi cuenta para estudiantes de tiempo completo. Entiendo que esta cobertura será cancelada el primer día del mes siguiente a la fecha en que no se cumpla cualquiera de los requisitos anteriores.

Firma del suscriptor / Subscriber's Signature

Fecha / Date

Nombre del suscriptor /  
Subscriber's Name

Número de historia clínica del suscriptor /  
Subscriber's Medical Record Number

Número de seguro social del suscriptor /  
Subscriber's Social Security Number

Número de identificación del comprador /  
Purchaser ID Number