



Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.
©2019 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

Anexo al formulario de inscripción o de cambio de grupos grandes de empleados de Washington de 2020

Este formulario debe agregarse al formulario de inscripción o de cambio de grupos grandes de empleados de Washington y no se puede presentar como un formulario independiente.

Úselo cuando tenga más dependientes de los que puede registrar en el formulario de inscripción o de cambio de grupos grandes de empleados de Washington.

El empleador debe llenar esta sección

Nombre de la compañía¹ _____ Fecha de vigencia de la cobertura¹ ____ / ____ / ____
N.º de grupo¹ _____ N.º de subgrupo médico _____ Grupo de facturas médicas _____
N.º de subgrupo dental _____ Grupo de facturas dentales _____

A Información del empleado (el empleado debe llenar las secciones A, B y C)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____
Nombre anterior/apellido de soltera (si corresponde) _____ Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de seguro social _____
Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento) Pronombre preferido _____

B Información de los dependientes

Nombre del dependiente (niño) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,2} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____
N.º de seguro social _____ Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento)
Pronombre preferido _____ Teléfono celular _____ Estudiante a tiempo completo Discapacitado Sí No
 Médico Dental Otro seguro médico Sí No
Comp. de seguros _____ N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Nombre del dependiente (niño) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,2} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____
N.º de seguro social _____ Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento)
Pronombre preferido _____ Teléfono celular _____ Estudiante a tiempo completo Discapacitado Sí No
 Médico Dental Otro seguro médico Sí No
Comp. de seguros _____ N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Nombre del dependiente (niño) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,2} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____
N.º de seguro social _____ Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento)
Pronombre preferido _____ Teléfono celular _____ Estudiante a tiempo completo Discapacitado Sí No
 Médico Dental Otro seguro médico Sí No
Comp. de seguros _____ N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Nombre del dependiente (niño) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,2} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____
N.º de seguro social _____ Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento)
Pronombre preferido _____ Teléfono celular _____ Estudiante a tiempo completo Discapacitado Sí No
 Médico Dental Otro seguro médico Sí No
Comp. de seguros _____ N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Marque esta casilla si se adjunta otro anexo al formulario de inscripción o de cambio de grupos grandes de empleados de Washington.

C Importante

Es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de seguro.

Firma del empleado¹ _____ Fecha ____ / ____ / ____

¹Campo obligatorio

²Elegible hasta el último día del mes de su 26.º cumpleaños