

Formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón 2026

Escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul únicamente.



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.

Sección para el empleador (El empleador debe completar esta sección. Se debe incluir información de subgrupo y de grupo de facturación si se selecciona la cobertura).

Nombre de la compañía¹ _____ Fecha de vigencia de la cobertura¹ ____ / ____ / ____
N.º de grupo de cobertura médica¹ _____ N.º de subgrupo de cobertura médica¹ _____ Grupo de facturación¹ _____
N.º de grupo de cobertura dental _____ N.º de subgrupo de cobertura dental _____ Grupo de facturación _____

Motivo de inscripción o de cambio: complete si ya existe un grupo¹ (Marque una opción). Fecha del evento ____ / ____ / ____

Nueva contratación Recién nacido Pérdida de cobertura De medio tiempo a tiempo completo
Cambio _____
Inscripción abierta COBRA Continuidad del estado Otro/evento calificado _____
¿El suscriptor vive o trabaja dentro del área de servicio de Kaiser Permanente Northwest? Sí No

A Información del empleado (El empleado debe completar las secciones A, B y C).

Seleccione el tipo de beneficio:¹ Médico _____ (elección del plan) Dental _____ (elección del plan)
Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____
Apellido anterior/de soltera (si corresponde) _____ Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____
Domicilio¹ _____ Depto. _____
Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ Correo electrónico _____
Teléfono celular² _____ Teléfono de casa _____
N.º de historia clínica (si corresponde) _____ Idioma de preferencia _____

B Información de los dependientes (Para agregar más dependientes, use nuestro Anexo al Formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón. Si es para agregar dependientes, incluya a todos los dependientes que desea que permanezcan en el plan después de la fecha de vigencia del cambio).

Seleccione una opción: Cónyuge Cónyuge/pareja doméstica registrada³ Pareja doméstica no registrada
Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____
Teléfono celular² _____ Discapacidad Sí No
Cobertura médica Cobertura dental Otro seguro médico Sí No Compañía de seguros _____
N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,4} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____
Teléfono celular² _____ Discapacidad Sí No
Cobertura médica Cobertura dental Otro seguro médico Sí No Compañía de seguros _____
N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,4} _____
Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____
Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____
Teléfono celular² _____ Discapacidad Sí No
Cobertura médica Cobertura dental Otro seguro médico Sí No Compañía de seguros _____
N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

Marque esta casilla para agregar dependientes adicionales y adjunte el Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos grandes de empleados de Oregón. Incluya el nombre y el número de seguro social del empleado en el formulario.

¹Campo obligatorio. ²Campo obligatorio para personas mayores de 18 años. ³Una persona que es legalmente reconocida como su pareja doméstica en un Certificado estatal de sociedad doméstica registrada válido expedido por el estado de Oregón, que se encuentra registrada legalmente como su pareja doméstica según las leyes de otro estado o que fue reconocida de algún otro modo como su pareja doméstica según los criterios acordados, por escrito, entre Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest y su grupo. ⁴Elegible hasta el último día del mes de su cumpleaños número 26 o para hijos dependientes mayores de 26 años con una discapacidad del desarrollo, enfermedad mental o discapacidad física. Según la ley estatal, si los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera. Si su empleador decide proveer cobertura a parejas domésticas que no están registradas en el estado y los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas no registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera.

C Importante: No se puede procesar la solicitud sin su firma. Lea todo el formulario antes de firmar.

Si tergiversa de manera intencional un hecho importante mediante una declaración falsa o una omisión, Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) puede, dentro de los primeros dos años de cobertura, denegar la cobertura, modificar o cancelar el contrato, o tomar cualquier otra acción legal disponible conforme a la ley. Antes de que la cobertura entre en vigencia, el solicitante debe informar inmediatamente a KFHPNW por escrito si ocurre algo que haga que la solicitud quede incompleta o sea incorrecta. Puede considerarse un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro. Mediante mi firma confirmo que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta, y que leí los requisitos, los términos, las condiciones, las limitaciones y las disposiciones descritos en este formulario, y que estoy de acuerdo con ellos.

Firma del empleador¹ _____ Fecha ____ / ____ / ____

Lea lo siguiente antes de firmar el formulario

Las siguientes declaraciones son válidas para el período de cobertura que he seleccionado en virtud de este plan para mí y para mis dependientes actuales y futuros que están o estarán cubiertos, a menos que yo o mis dependientes notifiquemos un cambio por escrito.

- Por la presente reconozco, en mi nombre y en el de mis familiares inscritos, que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) puede solicitar información personal de salud, incluida la información sobre el tratamiento o los servicios que cualquiera de nosotros pueda recibir de un médico, profesional de la atención médica, hospital, consultorio médico u otro local médico. También acepto que KFHPNW o su representante autorizado usen y revelen la información personal de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin autorización, de acuerdo con la ley correspondiente. Esto no es una autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.
- Permito que se hagan las deducciones apropiadas, de haberlas, de mis ganancias como parte del costo de esta cobertura.
- 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.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Para obtener más información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de Kaiser Permanente, ingrese a kp.org/disclosures (haga clic en "Español") y seleccione "Oregón/SO de Washington" en el menú desplegable.

Presentación de la solicitud de inscripción

El empleador debe presentar este formulario de inscripción. Asegúrese de que el formulario esté completo e incluya la firma del empleado. El proceso de inscripción puede demorarse considerablemente si falta información o si esta es incompleta.

Por correo postal:

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

Por fax:²

1-855-355-5334

Por correo electrónico:

csc-den-roc-group@kp.org

Puede ver los detalles del plan, como los beneficios, las exclusiones y las limitaciones, en la *Evidencia de Cobertura* (*Evidence of Coverage, EOC*). Para recibir la EOC de un plan en particular, comuníquese con Servicio a los Miembros. En caso de que exista un conflicto entre este folleto y la EOC, prevalecerá la EOC.

¹Campo obligatorio.

²Envíe un solo formulario de inscripción por vez al fax.

Cómo llenar este formulario

1. Escriba en letra legible de imprenta con tinta negra o azul.
2. Para inscribirse, debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de Northwest, a menos que la inscripción sea para los planes Dual Choice PPO™, Added Choice® o PPO Plus. Para inscribirse en PPO Plus, debe vivir y trabajar, presencialmente, fuera del área de servicio.
3. Su empleador debe llenar la sección del empleador. Su empleador es responsable de verificar toda la información antes de presentar este formulario, especialmente las fechas de vigencia, ya que estas afectan su prima.
4. Debe llenar las secciones desde la A hasta la C. En la sección A, debe llenar la información sobre usted. Complete la sección B si inscribe a dependientes. Asegúrese de incluir el apellido anterior de los dependientes si corresponde. Lea la sección C y todo el resto del formulario. Luego, firme y escriba la fecha en el formulario.
5. Si se trata de un cambio en la inscripción, por ejemplo, agregar a un dependiente, complete todas las secciones e incluya a todos los dependientes que estarán cubiertos a partir de la fecha de vigencia del cambio.
6. Después de completar el formulario, guarde una copia para su registro. (Pronto tendrá acceso a una tarjeta de identificación digital de Kaiser Permanente).

Todas las fechas de vigencia se establecerán según el acuerdo contractual entre el grupo (su empleador) y Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.

Servicio a los Miembros

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

1-800-813-2000

o

1-866-616-0047 para Kaiser Permanente Plus™, Dual Choice PPO™, Added Choice®, y miembros de PPO Plus.

Para TTY, llame al **711**. Para acceder a los servicios de interpretación de idiomas, llame al **1-800-324-8010**.

Conéctese

Siga los sencillos pasos que aparecen en el lado izquierdo de esta página para inscribirse en su plan.

¡Soy un miembro nuevo!

Cree una cuenta en línea

Disfrute de un acceso seguro a la atención médica las 24 horas del día con servicios en línea que pueden ahorrarle tiempo y dinero. Después de registrarse, podrá enviar correos electrónicos al consultorio de su médico, ver los resultados de la mayoría de las pruebas de laboratorio, resurtir la mayoría de los medicamentos recetados, programar citas de rutina virtuales o en persona, y mucho más.*

Ingrese a kp.org/nuevosmiembros para comenzar.

Su tarjeta de identificación

Una vez que se haya procesado su inscripción, podrá crear su cuenta en línea a través de la aplicación de Kaiser Permanente o en kp.org/nuevosmiembros. Además, ahora puede acceder a su tarjeta de identificación digital en la aplicación de Kaiser Permanente que indica su nombre y su número único de historia clínica de 8 dígitos. Deberá tener a la mano su tarjeta de identificación digital o física cuando llame para obtener consejos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o se acerque para recibir atención.

Mostrador de bienvenida para nuevos miembros

Estamos aquí para ayudarles a usted y a su familia a entender su plan y a acceder a la atención médica. Si tiene preguntas o necesita ayuda, programe una cita o comuníquese con nuestra recepción de bienvenida para nuevos miembros al **1-888-491-1124**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Elija un médico y cámbielo en cualquier momento

Ingrese a kp.org/nuevosmiembros para consultar los perfiles de nuestros médicos y encontrar el que se adapte a lo que usted necesita.

Transfiera sus medicamentos recetados.

Si tiene que transferir recetas médicas, puede hacerlo en línea en kp.org/nuevosmiembros o llame al **1-866-616-0047 (TTY 711)**. Por lo general, puede resurtir por única vez una receta médica de un proveedor no participante o que no pertenece a la red si el medicamento figura en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y la receta permite resurtidos.

* Estas opciones son válidas cuando se obtiene atención en los centros de Kaiser Permanente.



Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, braille, and accessible electronic formats
- Provides no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: 711).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Fax: **1-855-347-7239**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Phone: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Complaint forms are available at **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

For Washington Members:

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at

<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at **1-800-562-6900**, or **360-586-0241** (TDD). Complaint forms are available at **<https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>**.

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة المجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電**1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY تلفن متنی: **711**).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000**までお電話ください (TTY: **711**)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요 (TTY: **711**).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).