



INSCRIPCIÓN Y FORMA DE ELECCIÓN

1 de enero 2022 al 31 de diciembre 2022

- Nuevo Empleado
 Cancelar Dependiente
 Cancelar Empleado
 Inscripción Abierta
 Cambio de Situación Familiar
 Cambio de Tiempo Parcial a Tiempo Completo
 Reintegrar

Fecha de Efectividad: _____

SECCIÓN A: Información Personal (Por favor escriba claramente)		
Nombre (apellido, nombre, inicial):		Fecha de Contratación:
Dirección:	Teléfono de Casa:	Número de Seguro Social:
Ciudad, Estado y Código Postal:	Teléfono del Trabajo:	Fecha de Nacimiento:

SECCIÓN B: Información de Empleado / dependiente (Seleccionar Cobertura)				
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	¿Discapacitado?	Plan
Empleado				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Cónyuge / Compañero Doméstico				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Masculino Dependiente <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Masculino Dependiente <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Masculino Dependiente <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Masculino Dependiente <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión

SECCIÓN C: Información de Plan (tarifas se basan en 26 deducciones por año)			
Médico	Empleado	Empleado + Uno	Empleado + Dos o Más
Kaiser Deductible HMO	<input type="checkbox"/> \$92.44	<input type="checkbox"/> \$216.19	<input type="checkbox"/> \$308.84
Kaiser Tradicional HMO	<input type="checkbox"/> \$118.78	<input type="checkbox"/> \$260.06	<input type="checkbox"/> \$371.52
<input type="checkbox"/> Estoy rechazando la cobertura médica (Por favor llenar la Sección G en la parte posterior.)			
Dental	Empleado	Empleado + Uno	Empleado + Dos o Más
Guardian DHMO	<input type="checkbox"/> \$4.72	<input type="checkbox"/> \$9.03	<input type="checkbox"/> \$15.86
Guardian DPPO	<input type="checkbox"/> \$25.62	<input type="checkbox"/> \$50.64	<input type="checkbox"/> \$90.81
<input type="checkbox"/> Estoy rechazando la cobertura dental (Por favor llenar la Sección G en la parte posterior.)			
Visión	Empleado	Empleado + Uno	Empleado + Dos o Más
Guardian / VSP PPO	<input type="checkbox"/> \$4.19	<input type="checkbox"/> \$6.36	<input type="checkbox"/> \$11.18
<input type="checkbox"/> Estoy rechazando la cobertura de visión (Por favor llenar la Sección G en la parte posterior.)			

Seguro de Vida de \$15,000 y Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) de \$15,000 son proporcionados por The Garland sin costo alguno para usted.

SECCIÓN D: Información de Plan

PayPro Cuentas de Gastos Flexibles PayPro Cuentas de Gastos Flexibles

Cuenta de Rembolso Médico contribuciones hasta el máximo del "IRS"	\$ _____
Cantidad de Contribución para el Cuidado de Dependientes hasta \$5,000 por año	\$ _____

SECCIÓN E: Otra cobertura de seguro (si es así, complete esta sección.)

Elegibilidad para Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otra cobertura de grupo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del suscriptor:	Fecha de vigencia:
Nombre de la Otra Compañía de Seguros:	Número de grupo:

SECCIÓN F: Firma del empleado

Elijo la cobertura como se ha indicado anteriormente y consiento a todos los términos y condiciones establecidos anteriormente. Además, declaro que la información representada anteriormente es verdadera y correcta. Si se requieren contribuciones para la cobertura de plan de salud de Grupo, yo autorizo a mi empleador a deducir tales contribuciones de mi sueldo por la vía de deducciones de nómina hasta próximo aviso. Mi participación en el plan está sujeto a todos los términos y condiciones del plan como se indica en los documentos del plan y en el Resumen de Descripción del Plan.

"SBC": Por la presente reconozco haber recibido el Resumen de Beneficios y Cobertura ("SBC"). He leído el "SBC" y estoy familiarizado con su contenido. Si tengo alguna pregunta sobre la información, me comunicaré con el portador o con mi Departamento de Recursos Humanos para que mis preguntas sean contestadas. Yo entiendo que este "SBC" no es un contrato, y el material sólo representa pautas sujetas a cambios.

Oferta de Cobertura: Certifico que he recibido información de inscripción y del plan para la cobertura de cuidado de salud que ofrece The Garland, representando que cumple con los requisitos bajo el "ACA" de ser asequible, tener cobertura mínima esencial, y que ofrece mínimo valor para mi. Se me a dado la oportunidad de inscribirme o rechazar esta cobertura.

Deducciones de Nómina Antes de Impuestos: Yo autorizo deducciones de nómina requeridas para las elecciones que he hecho anteriormente. Entiendo que estas deducciones se harán sobre una base antes de impuestos a menos que elija lo contrario en este formulario. Entiendo que no puedo cambiar mis elecciones hasta el próximo periodo de inscripción abierta, pero puedo cambiar la cobertura de mis dependientes que estoy asegurando o de añadir nuevos dependientes si hay un cambio de situación "calificado". He leído el Resumen de Descripción del Plan y entiendo la opción de la deducción después de impuestos.

Al marcar esta casilla estoy rechazando los beneficios de impuesto que recibiría bajo la opción del plan de la Sección 125 antes de impuesto y

Firma: _____ Fecha: _____

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan *

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamaciones Menores [Small Claims Court], de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o de la reglamentación del procedimiento de reclamación de la ERISA [Employee Retirement Income Security Act, Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados] o de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta a arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o partes asociadas, por un lado, y KFHP (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por el otro, por la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía de KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (reclamación según la cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial sino mediante arbitraje obligatorio conforme a la legislación de California, excepto que las normas pertinentes determinen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) incluye la disposición sobre el arbitraje completa.

Signature Required for all Kaiser Permanente Plans

Date

*Las disputas que surjan de coberturas totalmente aseguradas de Kaiser Permanente Insurance Company no están sujetas a arbitraje obligatorio: 1) la PPO (Preferred Provider Organization, Organización de Proveedores Preferidos) y la parte de servicios fuera de la red de los planes de POS (Point of Service, Punto de servicio); 2) los planes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO); 3) los planes de indemnización OOA (Out of Area, fuera del área) y 4) los planes dentales de KPIC (Kaiser Permanente Insurance Company).

SECCIÓN G: Rechazo de Cobertura Complete esta sección sólo si usted no quiere cobertura médica, dental o de visión

Rechazo la cobertura de:	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
--------------------------	---

Razón por rechazar la cobertura:	<input type="checkbox"/> Cubierto por otro plan de salud grupal - adjunte prueba de cobertura <input type="checkbox"/> Cubierto por un plan de salud individual - adjunte prueba de cobertura <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, Medicare, Champus, etc.) Si ha seleccionado otro, por favor especifique _____ _____
----------------------------------	---

Entiendo que coberturas de seguro se han ofrecido a mi y a mis dependientes por parte de The Garland. Yo rechazo a participar en el plan en este momento. Yo entiendo que si yo decido inscribirme más adelante, tendré que esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta al menos que experimente un cambio de evento permitido tal como se define por el Código de Rentas Internas ("IRC").

Oferta de Cobertura: Certifico que he recibido información de inscripción y del plan para la cobertura de cuidado de salud que ofrece The Garland, representando que cumple con los requisitos bajo el "ACA" de ser asequible, tener cobertura mínima esencial, y que ofrece mínimo valor para mi. Se me a dado la oportunidad de inscribirme o rechazar esta cobertura.

Firma: _____	Fecha: _____
--------------	--------------