

Solicitud en Español

Para Individuos y Familias en Georgia

Tres Pasos

1. Imprima su solicitud
2. Llena la solicitud
(Completa y vuelva las veinticuatro páginas.)
3. Manda su solicitud

Por fax a: 1-866-439-9993

O escanear y enviar a: support@kaiserquotes.com

O lo envía por correo a: KaiserQuotes.com
750 Mendocino Ave, Suite 4
Santa Rosa, CA 95401

KAISERQuotes
_____ .com

1-877-752-4737

SOLICITUD DE MEMBRESÍA PARA

Kaiser Permanente para Personas Individuales y Familias

¡Gracias por su interés en Kaiser Permanente para Personas Individuales y Familias (Kaiser Permanente for Individuals and Families)! Por favor lea las instrucciones que se encuentran adentro para obtener información útil sobre cómo llenar esta solicitud. Le rogamos que guarde una copia para sus archivos. Usted y su representante autorizado pueden solicitar una copia de la solicitud llena si fuera necesario.

NOTA: Todas las solicitudes están sujetas al proceso de aseguramiento médico. Su solicitud debe indicar una fecha dentro del período de 60 días de la fecha de vigencia solicitada. Sus respuestas a las preguntas en las secciones de "Información médica" y "Otra información relacionada con la salud" se podrán usar para determinar su aceptación en el plan y la prima correspondiente. Esta solicitud se integrará en su expediente médico permanente si se aprueba su membresía. Puede también examinarla nuevamente junto con un médico.

Se deberá recibir su pago antes de la tramitación final.

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road, NE
Atlanta, Georgia 30305-1736



INSTRUCCIONES:

- Por favor responda a todas las preguntas en su totalidad para garantizar que se tramite oportunamente su solicitud.
- Use sólo tinta azul o negra.
- Rellene completamente las casillas . *Ejemplo:*
- Escriba claramente en letra de molde sobre las líneas o dentro de las casillas.
- Recuerde firmar todas las casillas correspondientes en el "Acuerdo referente a la solicitud" (página 7). Los solicitantes de 18 años en adelante deben firmar la "Autorización para obtener o divulgar información médica".
- Recuerde llenar la sección "Opciones de pago" (página 9) e incluir información de una tarjeta de débito/crédito, cheque o giro postal para la prima del primer mes.

1. INFORMACIÓN PERSONAL: SOLICITANTE PRIMARIO

Como la persona con mayor edad que solicita la cobertura, soy el solicitante primario y por la presente solicito la membresía en Kaiser Permanente de acuerdo con lo siguiente:

Seleccione uno: Sr. Sra. Srta. Dr.
 Estado civil: Soltero Casado

Apellido MM/DD/AA	Nombre (pies/pulg.)	Inicial 2° nombre (libras)	Núm. Seguro Social M/F			
Fecha de nacimiento	Estatura	Peso	Sexo	Núm. previo de exped. méd.*		
Dirección del domicilio (no puede ser un apartado postal)		Apto. núm.	Ciudad	Estado	Condado	Código postal

Teléfono particular Teléfono del trabajo Dirección de correo electrónico

¿La dirección de facturación es la misma que la del domicilio? Sí No **Si no es así, escriba abajo la dirección de facturación:**

Dirección de facturación	Apto. núm. o P.O. Box	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------	-----------------------	--------	--------	---------------

Por favor llene la siguiente información para cada persona adicional que solicita. Si necesita más espacio para otros solicitantes, adjunte otra solicitud y llene sólo la información correspondiente a los solicitantes adicionales.

Cónyuge

Apellido	Nombre	Inicial 2° nombre	Núm. Seguro Social	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Estatura (pies/pulg.)	Peso (libras)	Sexo M/F	Núm. previo de exped. méd.*
----------	--------	-------------------	--------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------	-------------	-----------------------------

Dependiente 1 (D1) Parentesco - Hijo Hija Otro ()

Apellido	Nombre	Inicial 2° nombre	Núm. Seguro Social	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Estatura (pies/pulg.)	Peso (libras)	Sexo M/F	Núm. previo de exped. méd.*
----------	--------	-------------------	--------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------	-------------	-----------------------------

Dependiente 2 (D2) Parentesco - Hijo Hija Otro ()

Apellido	Nombre	Inicial 2° nombre	Núm. Seguro Social	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Estatura (pies/pulg.)	Peso (libras)	Sexo M/F	Núm. previo de exped. méd.*
----------	--------	-------------------	--------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------	-------------	-----------------------------

Dependiente 3 (D3) Parentesco - Hijo Hija Otro ()

Apellido	Nombre	Inicial 2° nombre	Núm. Seguro Social	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Estatura (pies/pulg.)	Peso (libras)	Sexo M/F	Núm. previo de exped. méd.*
----------	--------	-------------------	--------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------	-------------	-----------------------------

Durante los últimos cinco años, ¿a alguno de los solicitantes se le ha negado, pospuesto recibir, cobrado una prima adicional, o aplicado un formulario de renuncia a algún tipo de seguro médico, de vida o por discapacidad?

Marque uno: Sí No **Si es así, por favor proporcione los siguientes detalles:**

Nombre del solicitante:

Motivo:

1. _____

2. _____

3. _____

¿Tienen usted, su cónyuge y/o sus hijos en la actualidad cobertura médica? Sí No

Si es así, ¿quién tiene cobertura? (marque todas las que correspondan) Suscriptor primario Cónyuge Dependiente 1
 Dependiente 2 Dependiente 3

Escriba el nombre de su aseguradora médica actual (o más reciente) y, si corresponde, la fecha de la cancelación de la cobertura.

Nombre de la aseguradora

Fecha de la cancelación

2. SELECCIÓN DEL PLAN

1. Rellene la casilla al lado del tipo de plan que solicita. (Consulte los documentos de inscripción, comuníquese con su agente o visite el sitio buykp.org/apply para ver las opciones de planes que dispone y descripciones detalladas de los planes.)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Classic 1500 | <input type="checkbox"/> Essential 1500 | <input type="checkbox"/> Advantage 2500 | <input type="checkbox"/> HSA 5000 |
| <input type="checkbox"/> Classic 2500 | <input type="checkbox"/> Essential 3000 | <input type="checkbox"/> Advantage 3500 | |
| <input type="checkbox"/> Classic 3500 | <input type="checkbox"/> Essential 5000 | <input type="checkbox"/> Advantage 5000 | |
| <input type="checkbox"/> Classic 5000 | <input type="checkbox"/> Essential 7500 | <input type="checkbox"/> Advantage 7500 | |

2. Fecha de vigencia de la cobertura solicitada El 1° o el 15 del mes de _____

La fecha más temprana en que puede comenzar la cobertura es el día uno o el día quince del mes posterior a haberse recibido la solicitud llena y la prima del primer mes. No se puede antedatar la cobertura.

¿Alguno de los solicitantes ha sido miembro de Kaiser Permanente of Georgia? Sí No **Si responde Sí, asegúrese de haber escrito el Número previo de expediente médico de Kaiser Permanente, si lo conoce, en la casilla "Núm. previo de exped. méd." que figura en la página 1.**

Tipo de solicitud:

Cobertura nueva Adición de miembro de la familia a la cobertura existente de un miembro de Kaiser Permanente.

Número de expediente médico del miembro existente _____

Si está agregando un miembro nuevo al plan vigente, tome en cuenta lo siguiente:

- Si el miembro de la familia que está agregando es el miembro con más edad de la familia en el plan, esa persona pasará a ser el Suscriptor primario. La prima mensual se basará en la edad del nuevo miembro de la familia con mayor edad (Suscriptor primario) y el período nuevo del contrato se basará en la fecha de vigencia de este nuevo miembro con más edad.

¿Qué sucede si no se aceptan a todos los miembros de la familia?

Debido a que todas las personas que solicitan un plan Kaiser Permanente para Personas Individuales y Familias están sujetas a una evaluación médica, es posible que uno o más miembros de la familia (excepto en el caso de un solicitante elegible menor de 19 años de edad que deba ser aceptado conforme a las leyes correspondientes) no califiquen para el plan que soliciten. Sólo podemos aceptar dependientes menores de 19 años de edad cuando se apruebe a uno de los padres y se le inscriba en un plan familiar. En la eventualidad de que no se acepte a todos los miembros de la familia, indíquenos cómo se deben tramitar a los miembros de la familia aceptados.

Por favor inscribir a todos los miembros de la familia elegibles.

Por favor cancelar el proceso de inscripción de los miembros aceptados y devolverme el cheque de la prima del primer mes.

3. INFORMACIÓN MÉDICA

Responda a las siguientes preguntas con respecto a usted y cada miembro de la familia que solicita la cobertura. Si puede responder "Sí", rellene la casilla correspondiente y explique más a fondo para todas las personas que sea aplicable esta respuesta en la tabla de la Pregunta 9.

1. ¿Durante los últimos 10 años usted o alguno de los solicitantes ha sido atendido, examinado o tratado; se le ha notificado que tiene; se le ha recetado o ha tomado medicamentos; ha tenido señales o síntomas; o ha tenido la intención de obtener consejos o tratamiento para alguno de los siguientes problemas médicos? Marque todos los que correspondan.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA, VIH | <input type="checkbox"/> Trastorno de la alimentación, anorexia nerviosa/bulimia | <input type="checkbox"/> Menstruación dolorosa o irregular, o algún problema médico, trastorno o anomalía de los órganos reproductores masculino o femenino | <input type="checkbox"/> Convulsiones/dolores de cabeza que requieren tratamiento médico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca o de las válvulas | <input type="checkbox"/> Implantes de senos Salinos: _____ De silicona: _____ | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Melanoma/cáncer del seno/próstata/vejiga | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hernia sin reparar | <input type="checkbox"/> Enfisema/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> Cáncer de la piel | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales, intestinales o reflujo gastroesofágico |
| <input type="checkbox"/> Dolor o lesión en la espalda/cuello, incluidas hernias de disco/discos degenerativos o escoliosis | <input type="checkbox"/> Problema pulmonar | <input type="checkbox"/> Otros tipos de cáncer | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Hueso partido/fracturado (abierto, cerrado, pernos, placas o tornillos) | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Bultos (incluidos los senos fibroquísticos), masas, tumores (incluidos los fibromas uterinos), pólipos |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea | <input type="checkbox"/> Alto nivel de colesterol | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple/ELA/Parkinson/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones/la vejiga (incluidos cálculos renales) | <input type="checkbox"/> Problema neurológico | <input type="checkbox"/> Infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (hígado) o trastorno del páncreas | <input type="checkbox"/> Marcapasos u otro dispositivo médico implantado | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |
| <input type="checkbox"/> Un problema de salud mental como trastorno bipolar, esquizofrenia y/o trastorno maniaco-depresivo | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Problema de la próstata | |
| | <input type="checkbox"/> Anemia u otro trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | |
| | <input type="checkbox"/> Lupus/LED/enfermedad inflamatoria | | |

2. ¿Durante los últimos 3 años se le ha presentado a usted o alguno de los solicitantes alguno de los siguientes síntomas que fueron inexplicables o no se diagnosticaron? Marque todos los que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Sarpullido/problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia rectal | <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas | <input type="checkbox"/> Lesiones en la piel |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Bultos |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |
| <input type="checkbox"/> Fatiga crónica | |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal o pélvico | |

3. ¿En algún momento durante los últimos 2 años le han atendido a usted o alguno de los solicitantes en una sala de emergencias de un hospital o se les ha admitido en un hospital, centro quirúrgico para pacientes ambulatorios u otra instalación para tratamientos?

- Sí No

4. ¿Durante los últimos 3 años se ha sometido usted o alguno de los solicitantes a una cirugía, tratamiento, examen, evaluación o prueba debido a un problema médico o de salud mental?

- Sí No

5. ¿Durante los últimos 3 años le han recomendado a usted o alguno de los solicitantes que se someta, pero aún no lo ha hecho, a una cirugía, tratamiento, examen, evaluación o prueba debido a un problema médico o de salud mental?

- Sí No

6. ¿Durante los últimos 5 años usted o alguno de los solicitantes ha tomado o consumido alguna droga ilegal o algún medicamento con receta sin una receta?

- Sí No

7. ¿Durante los últimos 5 años usted o alguno de los solicitantes ha sido atendido o examinado por un médico, profesional médico, consejero, terapeuta, trabajador social o cualquier tipo de profesional relacionado con la salud debido a síntomas de abuso de alcohol y/o de sustancias, o ha participado o le han recomendado participar en un programa (incluido Alcohólicos o Narcóticos Anónimos) destinado a tratar el abuso de alcohol y/o de sustancias?

- Sí No

8. ¿Usted o alguno de los solicitantes ha tenido otro problema médico, trastorno, anomalía o síntoma que no figure en esta solicitud, aun si no recibe tratamiento en estos momentos?

- Sí No

9. Si contestó "Sí" o indicó alguno de los problemas en las **pregunta 1-8**, por favor explique a continuación. Si necesita más espacio, escriba la información en una hoja de papel separada, fírmela, póngale la fecha e inclúyala junto con esta solicitud.

Pregunta número	Persona tratada	Propósito de la visita/ Nombre de la enfermedad o el trastorno	Tratamiento/Consejo recibido	Fechas de tratamiento		Nombre y dirección del proveedor de atención médica
				Inicio/Terminación	¿Recuperación total?	
				/	Sí/No	
				/	Sí/No	
				/	Sí/No	
				/	Sí/No	
				/	Sí/No	

10. (a) ¿Durante el último año se le ha recetado, se ha administrado o se le ha aconsejado a usted o a alguno de los solicitantes usar un medicamento con receta por algún motivo (incluidos Depo-Provera u otro medicamento anticonceptivo)?

Sí No

(b) Si responde "Sí", explique a continuación. Si necesita más espacio, escriba la información en una hoja de papel separada e inclúyala junto con esta solicitud.

Persona tratada	Nombre del medicamento	Dosis/Frecuencia	Fechas de tratamiento		Nombre y dirección del proveedor de atención médica
			Desde el	hasta el	

Conteste las preguntas a continuación para usted y cada uno de los solicitantes. (D1, D2 y D3 deben corresponder a los Dependientes que haya indicado bajo "Otros solicitantes" en la sección de "Información Personal"). Elija la respuesta más adecuada para cada uno de los solicitantes (independientemente de la edad) y rellene esa casilla.

- 11.** ¿Está embarazada, espera el nacimiento de un hijo o tiene una adopción pendiente?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

Por favor conteste las preguntas 12-15 sólo para todas las solicitantes mayores de 11 años de edad:

- 12.** ¿Durante los últimos 10 años ha tenido una cesárea?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

- 13.** ¿Durante los últimos 10 años ha tenido un parto que haya resultado en un nacimiento prematuro?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

- 14. (a)** ¿Usted:
1. está en la etapa premenstrual (nunca ha menstruado)?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3
2. está en la etapa postmenopáusica?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

3. ha tenido una histerectomía?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

4. ha tenido una ligadura de trompas?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

- 14. (b)** Si contestó "No" a las preguntas 14(a) 1-4, por favor indique el primer día, el mes y el año de su último período menstrual:

Usted	Cónyuge	D1	D2	D3
MM/DD/AA	MM/DD/AA	MM/DD/AA	MM/DD/AA	MM/DD/AA

- 14. (c)** ¿Tiene períodos menstruales regulares todos los meses que ocurren 28 a 30 días entre el primer día de un período y el primer día del siguiente período?

- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

- 15.** ¿Da el pecho en estos momentos o ha dejado de hacerlo durante los últimos tres meses?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

4. OTRAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

- 1. (a)** ¿Durante los últimos 6 meses usted o alguno de los solicitantes ha consumido más de 10 bebidas alcohólicas a la semana? (Una bebida equivale a 12 onzas de cerveza, 4 onzas de una copa de vino, 1 onza de licor)

- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

- (b)** Si responde "Sí" a 1(a), escriba el número de bebidas alcohólicas consumidas por semana.

	Usted	Cónyuge	D1	D2	D3
Cerveza					
Vino					
Licor					

- 2.** ¿Alguna vez se le ha aconsejado a usted o alguno de los solicitantes que reduzca el consumo de bebidas alcohólicas?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

- 3. (a)** ¿Alguna vez usted o alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos?
- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

- (b)** Si contestó "Sí", ¿cuál es o fue el consumo promedio diario de usted o de alguno de los solicitantes?

- 1/2 cajetilla o menos Usted Cónyuge D1 D2 D3
- 1 cajetilla Usted Cónyuge D1 D2 D3
- 1 1/2 cajetilla Usted Cónyuge D1 D2 D3
- 2 o más cajetillas Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No se aplica Usted Cónyuge D1 D2 D3

- (c)** ¿Durante cuánto tiempo?

- 9 años o menos Usted Cónyuge D1 D2 D3
- 10-14 años Usted Cónyuge D1 D2 D3
- 15-19 años Usted Cónyuge D1 D2 D3
- 20-29 años Usted Cónyuge D1 D2 D3
- Más de 30 años Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No se aplica Usted Cónyuge D1 D2 D3

- (d)** ¿Ya dejó de fumar?

- Sí Usted Cónyuge D1 D2 D3
- No Usted Cónyuge D1 D2 D3

Si contestó "Sí", ¿cuándo?

Usted	Cónyuge	D1	D2	D3
MM/AA	MM/AA	MM/AA	MM/AA	MM/AA

5. ACUERDO REFERENTE A LA SOLICITUD

Por la presente solicito inscribirme y estoy de acuerdo en que la información indicada es correcta. Una vez que Health Plan acepte dicha solicitud, se depositará el cheque que incluyo o se cobrará a mi tarjeta de crédito la prima del primer mes. Mi cobertura comenzará el primer día o el día 15 del mes asignado por Health Plan.

ESTE ACUERDO ESTÁ SUJETO A LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES:

1. Podremos rescindir la cobertura una vez que usted o un miembro de su familia la tenga, si usted o el miembro de su familia falsea intencionalmente un hecho importante en el cuestionario médico. (Para más información, ve el Núm. 3.) Si no está seguro de su estado de salud, por favor pídale a su médico previo o actual que le explique cualquier problema médico específico.
2. DEBERÁ INFORMARNOS INMEDIATAMENTE si ha ocurrido un cambio en su estado de salud o en los medicamentos que recibe en cualquier momento antes de que entre en vigor su membresía con Kaiser Permanente. No informarnos de tales cambios puede anular la membresía. Puede actualizar la información de la solicitud por teléfono llamando al **(404) 364-7001** (opción 2), por fax llamando al **(404) 365-4146**, o por escrito enviando su correspondencia a: Kaiser Permanente for Individuals and Families; 3495 Piedmont Road, NE; Building 9; Atlanta, GA 30305. Toda la correspondencia escrita o enviada por fax debe incluir su firma y la fecha.
3. Podremos rescindir su cobertura o la del miembro de su familia si el Solicitante (o la persona que solicite la cobertura en nombre del Solicitante) realiza una acción, práctica u omisión que constituya un fraude o si falsea intencionalmente un hecho importante. La expresión "falsear intencionalmente un hecho importante" incluye proporcionar intencionalmente en esta Solicitud información incompleta o incorrecta sobre el historial o condición médica de cualquier persona que solicite cobertura, y si basamos nuestra decisión de aceptarle a usted o al miembro de su familia para recibir cobertura en dicha información. Rescindir la cobertura significa anular completamente el contrato de cobertura del miembro como si la cobertura nunca hubiera existido.

Una vez que decidamos rescindir la cobertura, le enviaremos un aviso por escrito cuando menos 30 días antes de que realmente la rescindamos explicando la base de nuestra decisión y cómo apelarla. Una vez que se rescinda la cobertura, se requerirá que usted pague por cualquier Servicio que hayamos cubierto. Pero usted también tendría derecho a un reembolso de cualquier Prima que hubiese pagado. Esto significa que se reducirá el reembolso de la Prima por cualquier cantidad que usted deba por los Servicios con cobertura que usted haya recibido.

4. Nuestra decisión de aceptarle a usted o al miembro de su familia (excepto para cualquier Solicitante elegible menor de 19 años de edad que se debe aceptar conforme a las leyes correspondientes) para recibir cobertura se tomará después de que hayamos evaluado la información del historial médico relativa a usted y cualquier otro Solicitante que se provea en la Sección 4 de esta solicitud. Sólo podemos aceptar dependientes menores de 19 años de edad cuando se apruebe a uno de los padres y se le inscriba en un plan familiar.
5. Los residentes de Georgia que no califiquen para el plan Kaiser Permanente para Personas Individuales y Familias (Kaiser Permanente for Individuals and Families), y actualmente no sean miembros de Kaiser Foundation Health Plan, pueden ser elegibles para participar en el Sistema de Asignación de Seguro Médico del Estado de Georgia (State of Georgia Health Insurance Assignment System), un programa patrocinado por el estado que garantiza la cobertura de atención médica. Kaiser Permanente participa en dicho programa. Si desea obtener más información, llame al **1-800-656-2298**. Los residentes de Georgia que no califiquen para el plan Kaiser Permanente for Individuals and Families, y que en la actualidad sean miembros de un grupo de Kaiser Foundation Health Plan, pueden elegir que se les considere para productos de conversión, uno de los cuales está disponible para las personas que califican para HIPAA. Si desea elegir esa opción, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **(404) 261-2590** para obtener una solicitud.

Autorizo la divulgación de información acerca de las facturas de primas, los pagos de reclamaciones y las comisiones a mi agente designado y a mi cónyuge (si corresponde) para agilizar la tramitación de mi cuenta.

Sí No

IMPORTANTE: Todas las solicitudes deben tener la firma y fecha del Solicitante primario, el Cónyuge (si corresponde) y los Dependientes (de 18 años en adelante).

Firma del Solicitante primario

Fecha

Firma del Cónyuge

Fecha

Firma del Dependiente (de 18 años en adelante)

Fecha

Firma del Dependiente (de 18 años en adelante)

Fecha

Firma del Dependiente (de 18 años en adelante)

Fecha

Un representante de Kaiser Permanente se podría poner en contacto con usted.

6. DIVULGACIÓN SOBRE INFORMACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Autorizo a cualquier médico o profesional de atención médica, hospital o instalación de atención médica, consejero, terapeuta o a cualquier otra instalación de la salud o profesional relacionado con la salud, que me haya prestado servicios a mí o a algún miembro de mi familia que solicite o ya seamos miembros de un producto de Kaiser Foundation Health Plan (cada uno denominado "Solicitante"), o a cualquier aseguradora o reaseguradora, administrador de beneficios de farmacia o administrador de terceros, a proporcionar a Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., o a sus afiliadas ("Kaiser Permanente"), sus agentes, empleados, personal designado o representantes respectivos, incluido a mi representante o agente de Kaiser Permanente, todo tipo de información o expedientes relacionados con mi historial médico, exámenes médicos, servicios prestados o tratamientos administrados, incluido el tratamiento por alcoholismo o abuso de sustancias, trastornos mentales o emocionales, enfermedades venéreas, estado de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) ("Información médica") del Solicitante. No obstante, la "Información médica" no incluye la información genética ni las "Notas de psicoterapia" (según se define en la sección 164.501 del C.R.F. 45). Entiendo que se puede solicitar o usar dicha Información médica para realizar una revisión, investigación o evaluación de la inscripción o para cualquier reclamación de beneficios posterior a la inscripción.

También autorizo a Kaiser Permanente a divulgar todo tipo de Información médica relacionada con los Solicitantes a cualquier proveedor de atención médica, plan de servicios de atención médica, compañía de autoasegurados o aseguradoras, con la finalidad de revisar, investigar o evaluar la inscripción o cualquier

reclamación de beneficios posterior a la inscripción. Firmaré las autorizaciones nuevas, si fuera necesario, a modo de que con la finalidad de revisar, investigar o evaluar la inscripción o cualquier reclamación de beneficios, Kaiser Permanente pueda solicitar, usar y divulgar Información médica y las "Notas de psicoterapia". Una vez que se divulgue Información médica, dejará de estar protegida por la ley federal de privacidad y puede divulgarse posteriormente.

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente durante un período de treinta (30) meses, excepto que permanecerá en vigor para el uso de Kaiser Permanente relacionado con una revisión, investigación o evaluación de una reclamación de beneficios para un Solicitante si dicho Solicitante todavía es miembro de un plan de Kaiser Foundation Health Plan. Las fotocopias de esta autorización son tan válidas como el original, y yo y mi representante o agente de Kaiser Permanente tenemos derecho a recibir una copia de este formulario. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (en la medida en que sea aplicable a mi Información médica) antes de su vencimiento. Sin embargo, dicha revocación no surte un efecto en la medida en que Kaiser Permanente ya haya tomado determinadas acciones apoyándose en ésta, o mientras Kaiser Permanente pueda impugnar mi inscripción o alguna reclamación de beneficios. Entiendo que las instrucciones para revocar autorizaciones se encuentran en la Notificación de Normas de Privacidad de Kaiser Permanente.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

IMPORTANTE: Todas las solicitudes deben tener la firma y fecha del Solicitante primario, el Cónyuge (si corresponde) y los Dependientes (de 18 años en adelante).

Firma del Solicitante primario

Fecha

Firma del Cónyuge

Fecha

Firma del Dependiente (de 18 años en adelante)

Fecha

Firma del Dependiente (de 18 años en adelante)

Fecha

Firma del Dependiente (de 18 años en adelante)

Fecha

7. OPCIONES DE PAGO

Plan de giro automático*

Éste es el método de pago más conveniente y confiable. Los pagos se deducirán automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros entre el primer y quinto día de cada mes. Para inscribirse, simplemente lea y llene la sección a continuación. ASEGÚRESE DE ENVIAR UN CHEQUE ANULADO Y LA PRIMA DEL PRIMER MES.

***Nota:** Si elige el Plan de giro automático como su opción de pago, siempre tendrá que mandar un cheque, giro postal o la información de su tarjeta de crédito para pagar la prima del primer mes, junto con un cheque anulado. Si desea pagar la prima del primer mes con tarjeta de crédito, ingrese la información de la tarjeta de crédito en la sección "Pago por tarjeta de crédito" y seleccione la opción "La prima del primer mes solamente". El plan de giro automático entra en vigor en el segundo mes de cobertura.

Por la presente autorizo a Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., (Health Plan) a cobrarle a mi cuenta corriente o de ahorros en la institución financiera señalada a continuación. En caso de que un cargo difiera del cargo del mes anterior, Health Plan me lo notificará por escrito por lo menos siete días antes del cambio.

Esta autoridad permanecerá en plena vigencia y efecto hasta que Health Plan haya recibido una notificación escrita de mi parte respecto a su cancelación de tal manera y con el tiempo necesario que le otorgue a Health Plan la oportunidad de actuar de conformidad a ello. (Se deberá dar a Health Plan 30 días).

Si Health Plan realiza un asiento equivocado en mi cuenta, tengo derecho a recibir un crédito en dicha cuenta por la suma equivocada. No obstante, deberé dar a la institución financiera un aviso por escrito dentro de un plazo de 15 días del asiento equivocado.

Nombre del banco	Número de la cuenta del miembro (Depositante):		
Dirección del banco	Tipo de cuenta (marque una)		
	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <i>(Por favor adjunte un cheque anulado)</i>	<input type="checkbox"/> Otra
Nombre(s) del (de los) miembro(s):	<i>(Escriba en letra de molde)</i>		
Firma del miembro			
Firma del Depositante			Fecha
Firma del 2.º Depositante (si se trata de cuenta conjunta)			Fecha

Pago por tarjeta de débito/crédito

Se le cobrará a su tarjeta de crédito la prima del primer mes que le corresponda a usted. Además, se cobrará automáticamente a la tarjeta de crédito la prima todos los meses el día 20, aproximadamente, del mes anterior a menos que usted gestione otra forma de pago llamando al **(404) 364-7179**. Se cobrará la prima a la tarjeta de crédito solamente si se acepta su membresía.

Tipo de tarjeta	Número de tarjeta de crédito:	Fecha de vencimiento
Nombre según figura en la tarjeta	Firma	
Usar esta tarjeta de crédito para:	<input type="checkbox"/> Todas las primas mensuales <input type="checkbox"/> La prima del primer mes solamente	

Pago mediante factura mensual*

Recibirá una factura mensualmente de Kaiser Permanente. El pago vence a más tardar el primer día de cada mes. Si el pago no se recibe en esta fecha, se podría cancelar su membresía.

***Nota:** Si elige la opción de Pago mediante factura mensual, siempre tendrá que mandar un cheque, giro postal o la información de su tarjeta de crédito para pagar la prima del primer mes.

PERFORACIÓN (NO ESCRIBIR AQUÍ)

8. INFORMACIÓN DEL AGENTE

Aquellos solicitantes que utilizan los servicios de un agente de seguros, éste deberá contestar esta sección después de completar esta solicitud.

Nombre del solicitante

KQ Insurance Services

Nombre del agente (Escriba en letra de molde)

750 Mendocino Avenue, Suite 4

Dirección

Santa Rosa

Ciudad

CA

95401

Estado

Código postal

1-877-752-4737

1-866-439-9993

Teléfono

Fax

support@kaiserquotes.com

Dirección electrónica

DECLARACIÓN DEL AGENTE:

Toda la información e historial médico que se incluya en esta solicitud de inscripción es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Reconozco que represento y actúo en representación de mi cliente y no de un empleado, ni como empleado, de *Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.* o *Kaiser Permanente Insurance Company*. He explicado los beneficios y las limitaciones de la cobertura a mi cliente y le aconsejé que no cancelara ninguna cobertura actual sino hasta después de haber recibido aviso por escrito de que se ha autorizado la cobertura solicitada. Entiendo que no tengo derecho a suscribir provisionalmente esta cobertura ni a modificar los términos del seguro con respecto a la información de aseguramiento incompleta o adicional.

Firma del agente

Fecha

Número del agente

C

U

Y

Sello general de la agencia (si corresponde)

KAISERQuotes
.com

For Office Use Only:

Underwriter

Effective Date

