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 cobertura médica

¿Quién puede usar esta solicitud?

Usted puede usar este formulario para solicitar la cobertura individual o familiar proporcionada por Kaiser Permanente para Personas Individuales y Familias (KPIF) de Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.

- Debe residir en nuestra área de servicio de KPIF Georgia.
- Si desea cobertura para su familia en el mismo plan KPIF, llene una solicitud para toda su familia.
- Si un miembro de la familia desea un plan de salud diferente, este miembro de la familia debe llenar otra solicitud.
- Si un miembro de la familia desea llenar confidencialmente una solicitud, este miembro de la familia puede solicitar formularios adicionales o usar una fotocopia de esta solicitud.

Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera (ayuda federal para pagar copagos, coseguro, deducible o primas), no llene este formulario. Debe solicitar cobertura a través de Health Insurance Marketplace de Georgia en **healthcare.gov**. Si reúne los requisitos, el gobierno federal pagará a Kaiser Permanente cualquier asistencia en su nombre.

Presente su solicitud más rápidamente en línea

- Puede presentar su solicitud más rápidamente en línea en **buykp.org/apply**.
- Si desea comunicarse electrónicamente con nosotros, presente su solicitud en línea y establezca una cuenta electrónica segura.
- Si le ayuda un corredor de seguros, comuníquese con él para solicitar asistencia. El agente con gusto le ayudará en el proceso de selección del plan y con la presentación de la solicitud.

Instrucciones para llenar la solicitud

- Conteste todas las preguntas y escriba a máquina o en letra de molde, solamente con tinta.
- Complete la sección “Información sobre usted” en el paso 3 si va a solicitar la cobertura KPIF como individuo. Si la solicitud es para inscribir solo a un hijo, debe proporcionar la información del niño en la sección “Información sobre usted” del paso 3.
- Complete el paso 3 para cada miembro adicional de la familia que solicita cobertura en el mismo plan.
- Todas las solicitudes deben ir acompañadas del pago de la prima del primer mes.
- Asegúrese de haber proporcionado la información necesaria en el paso 7.
- Las solicitudes completadas que se reciban con el pago para el 15.° día del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Las solicitudes completadas que se reciban con el pago para el 16.° día del mes o posteriormente entrarán en vigencia el primer día del mes posterior al siguiente.
- Asegúrese de que la solicitud esté completa y firmada, y que incluya el pago de su prima del primer mes. Si su solicitud no está completa, se podría demorar la fecha de vigencia de su inscripción.
- Si no incluye el pago de la prima del primer mes, su solicitud se podría demorar y/o cancelar.
- Si falta alguna firma o información en el paso 9 (información del agente/corredor/representante de KPIF) su solicitud se considerará incompleta.
- Envíe su solicitud completa y firmada y el pago por correo o fax.

  Envíe por correo su solicitud firmada a:
  Kaiser Permanente
  California Service Center KPIF
  P.O. Box 23219
  San Diego, CA 92193-9921

  O envíela por un fax seguro a:
  Kaiser Permanente for Individuals and Families, **1-866-816-5139**

¿Necesita ayuda para llenar esta solicitud?

- Si desea asistencia para llenar esta solicitud, llame al **1-800-494-5314**.
- Si le ayuda un corredor de seguros, comuníquese con él para solicitar asistencia.
- Proporcionamos servicios de interpretación sin costo para usted.

Paso 1

Por favor complete la siguiente información: Si cualquier miembro de la familia está solicitando cobertura en planes diferentes, presente un formulario de solicitud separado para cada plan.

PLANES DE SALUD

Seleccione un plan de salud KPIF.

Bronze	Silver	Gold
☐ KP GA Bronze 5000/50	☐ KP GA Silver 1500/30	☐ KP GA Gold 0/20
☐ KP GA Bronze 4500/50/HSA	☐ KP GA Silver 2500/30	☐ KP GA Gold 0/20
☐ KP GA Bronze 5000/30%/HSA	☐ KP GA Silver 1750/25%/HSA	

PLAN CATASTRÓFICO

También ofrecemos un plan catastrófico, que es una opción con deducible alto para solicitantes menores de 30 años y para ciertas personas de 30 años de edad y mayores. Si usted o cualquier miembro de su familia tiene 30 años o más, cada persona solo puede solicitar cobertura en este plan si junto con su solicitud completa presenta un certificado de exención de Health Insurance Marketplace de Georgia por cada persona que declare no tener una cobertura asequible o que experimenta dificultades financieras.

☐ KP GA Catastrophic 6350/0

En el caso de los servicios con deducible, usted tendrá que pagar los gastos médicos de su propio bolsillo hasta que pague el deducible. En los materiales de la inscripción encontrará información que describe en detalle los beneficios y limitaciones, las cantidades de costos compartidos y las primas. Si desea un ejemplar de la *Evidencia de Cobertura* de un plan particular, llámenos al **1-800-634-4579** o comuníquese con su corredor de seguros.

Paso 2

Todos nuestros planes de salud proporcionan beneficios médicos esenciales, incluidos los dentales pediátricos. Usted puede rechazar esta cobertura solo si tiene la cobertura de otro plan dental pediátrico. Todos los solicitantes deben completar la sección "Plan dental pediátrico".

PLAN DENTAL PEDIÁTRICO

Se nos requiere que incluyamos sus beneficios dentales pediátricos en su plan o planes de salud. Al inscribirse en un plan Kaiser Permanente para Personas Individuales y Familias, también se le inscribirá en un plan dental pediátrico separado patrocinado por Delta Dental Insurance Company, a menos que usted confirme (abajo) que compró otra cobertura dental pediátrica certificada por Health Insurance Marketplace de Georgia. Confiaremos en su confirmación, y podemos emprender acción judicial que incluye pero no se limita a la cancelación de su cobertura, si determinamos que no tenía cobertura dental pediátrica como lo declaró. Si no hace una elección le devolveremos la solicitud.

☐ Inscríbanme en el plan dental pediátrico Delta Dental junto con el plan KPIF que he seleccionado. Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., para que comparta con Delta Dental Insurance Company la información contenida en mi solicitud a fin de facilitar mi inscripción en el plan dental pediátrico. Entiendo que pagaré directamente a Delta Dental, y que el incumplimiento en el pago de las primas se puede considerar una razón para la cancelación de mi cobertura.

☐ He comprado otra cobertura dental pediátrica que ha sido certificada por Health Insurance Marketplace de Georgia.

Paso 3

En un plan individual, el solicitante primario es la persona que tendrá la cobertura del plan de salud.

En un plan familiar, el solicitante primario es el miembro de la familia inscrito en el plan de salud que está autorizado para hacer cambios en la cuenta. Complete el resto del paso 3 para los miembros de su familia.

Si esta solicitud es para un niño menor de 18 años, este niño es el solicitante primario. Para niños adicionales cubiertos en el mismo plan KPIF, complete la sección "Miembro(s) de la familia a incluir en la cobertura" en la página 4.

Cada persona de 21 años de edad o más que solicita cobertura debe indicar si ha usado tabaco cuatro veces o más a la semana en los últimos seis meses (excepto por razones religiosas o ceremoniales). Los productos de tabaco incluyen cigarrillos, pipas, puros y tabaco en polvo, para mascar y otros tipos de tabaco sin humo. Los usuarios regulares de tabaco pagarán primas diferentes.

INFORMACIÓN SOBRE USTED (solicitante primario)

Nombre del solicitante primario o nombre del niño solicitante "solo hijo" (apellido, nombre, segundo nombre)			Núm. de expediente médico (si existe)
Calle (no se admiten apartados de correo)			Apt. n.°
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono ( ) –	Otro teléfono ( ) –		
dioma principal que se habla (si no es inglés)	Idioma principal que se lee (si no es inglés)		
Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Ha tenido anteriormente cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No

Si la ha tenido, nombre de la compañía de seguro más reciente: Fechas de la cobertura:

Para solicitantes de 21 años de edad o más: ¿Ha usado tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

MIEMBRO(S) DE LA FAMILIA A INCLUIR EN LA COBERTURA

Todos los miembros deben residir en nuestra área de servicio de Georgia.

CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)		Núm. de expediente médico (si existe)
Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Ha tenido anteriormente cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No

Si la ha tenido, nombre de la compañía de seguro más reciente: Fechas de la cobertura

Para solicitantes de 21 años de edad o más: ¿Ha usado tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

(continúa en la siguiente página)

Paso 3 *(continuación)*

Proporcione la información que se pide abajo para cada niño cubierto con su plan. Si necesita espacio para más solicitantes, adjunte otra solicitud y proporcione solamente la información de esos solicitantes.

MIEMBRO(S) DE LA FAMILIA A INCLUIR EN LA COBERTURA

DEPENDIENTE 1

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)		Núm. de expediente médico (si existe)
Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Ha tenido anteriormente cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No

Si la ha tenido, nombre de la compañía de seguro más reciente**:** Fechas de la cobertura**:**

Para solicitantes de 21 años de edad o más: ¿Ha usado tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

DEPENDIENTE 2

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)		Núm. de expediente médico (si existe)
Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Ha tenido anteriormente cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No

Si la ha tenido, nombre de la compañía de seguro más reciente**:** Fechas de la cobertura**:**

Para solicitantes de 21 años de edad o más: ¿Ha usado tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

DEPENDIENTE 3

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)		Núm. de expediente médico (si existe)
Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Ha tenido anteriormente cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No

Si la ha tenido, nombre de la compañía de seguro más reciente**:** Fechas de la cobertura**:**

Para solicitantes de 21 años de edad o más: ¿Ha usado tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

DEPENDIENTE 4

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)		Núm. de expediente médico (si existe)
Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Ha tenido anteriormente cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No

Si la ha tenido, nombre de la compañía de seguro más reciente**:** Fechas de la cobertura**:**

Para solicitantes de 21 años de edad o más: ¿Ha usado tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

Paso 4

Si el solicitante primario es un niño menor de 18 años, el padre o tutor legal debe completar el paso 4.

PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (padre o tutor legal)

Si la parte financieramente responsable no es el solicitante primario, proporcione la información que se pide a continuación.

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Misma dirección que el solicitante primario ☐ Sí ☐ No Si no, anote su dirección a continuación.

Calle			Apt. n.°
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono ( ) –	Otro Teléfono ( ) –		
Idioma principal que se habla (si no es inglés)	Idioma principal que se lee (si no es inglés)		

Paso 5

Si desea que otra persona actúe como su representante autorizado, complete el paso 5.

USTED PUEDE SELECCIONAR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede dar autorización a un amigo de confianza o a su pareja para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información o para que actúe en asuntos relacionados con esta solicitud. A esta persona se le llama *representante autorizado*.

Nombre del representante autorizado (apellido, nombre, segundo nombre)		
Calle		Apt. n.°
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ( ) –		

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud.

Solicitante primario o parte financieramente responsable (padre o tutor legal de solicitantes menores de 18 años)	Fecha (mm/dd/aaaa)
X	

Paso 6

Todos los solicitantes y dependientes de 18 años de edad o mayores deben leer lo siguiente y firmar abajo. Si el solicitante primario es menor de 18 años, su padre o tutor legal debe firmar. Al firmar, el padre o tutor legal acepta la responsabilidad de pagar todas las primas, copagos, coseguro y deducible de todos los solicitantes indicados en este formulario.

ACUERDO SOBRE LA SOLICITUD

Toda la correspondencia enviada por fax o por correo debe estar firmada y fechada por el solicitante o por alguien autorizado a actuar en su nombre. El solicitante o su representante autorizado pueden solicitar una copia de la solicitud completada. Llame al **1-800-634-4579** para pedir más información.

Importante: Firmas requeridas: todos los solicitantes de 18 años de edad y más deben firmar y fechar en la línea de la firma apropiada que aparece abajo. Un padre o tutor legal debe firmar por todos los miembros de la familia menores de 18 años de edad. Si faltan firmas, no podremos continuar procesando la información

- A mi mejor entender, he proporcionado respuestas verídicas y correctas a todas las preguntas de este formulario.
- Sé que mi información contenida en este formulario solo se usará para determinar mi derecho a la cobertura médica y se conservará confidencial como lo requiere la ley.
- Sé que de acuerdo con las leyes federales y estatales, no se permite la discriminación con base en edad, raza, grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, idioma, religión, sexo, identidad sexual, expresión sexual, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental o información genética. Puedo presentar una queja de discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.

Solicitante primario o parte financieramente responsable (padre o tutor legal de solicitantes menores de 18 años) X	Fecha (mm/dd/aaaa)
Cónyuge/Pareja de hecho X	Fecha (mm/dd/aaaa)
Dependiente (18 años de edad o más) / Padre o tutor legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)
Dependiente (18 años de edad o más) / Padre o tutor legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)
Dependiente (18 años de edad o más) / Padre o tutor legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)
Dependiente (18 años de edad o más) / Padre o tutor legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)

Paso 7

Su solicitud debe ir acompañada con la información sobre el pago de la prima del primer mes. Si falta esta información o no está completa, su solicitud se puede demorar y/o cancelar. Puede hacer el pago con cheque, giro postal, pago electrónico, tarjeta de crédito o tarjeta de débito. No envíe dinero en efectivo por el correo.

INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN DE LA PRIMA DEL PRIMER MES

Proporcione la información que se pide a continuación sobre la parte financieramente responsable. (La parte financieramente responsable es la persona tenedora de la cuenta bancaria o de la tarjeta de crédito/débito).

Nombre de la parte financieramente responsable (apellido, nombre, segundo nombre)	Cantidad del pago de su prima del primer mes $	
Calle		Apt. n.°
Ciudad	Estado	Código postal

OPCIONES DE PAGO DE LA PRIMA DEL PRIMER MES

A continuación marque su opción preferida de pago y complete esa sección. Los artículos devueltos por su institución financiera están sujetos a una cuota de procesamiento de $25.

☐ TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO

Información de la tarjeta de crédito/débito: ☐ Crédito ☐ Débito	☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Discover ☐ American Express
Nombre del tenedor de la tarjeta como aparece en la tarjeta	
Número de la tarjeta de crédito/débito	Fecha de vencimiento (mm/aaaa)
Firma del tenedor de la tarjeta X	Fecha (mm/dd/aaaa)

☐ PAGO ELECTRÓNICO

Yo autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia de mi cuenta de cheques o ahorros.

Favor de cargar a ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

N.° de ruta bancaria	N.° de cuenta

(En la parte inferior de su cheque verá tres grupos de números. El primer grupo de números es el número de ruta bancaria, el segundo es el número de su cuenta).

Nombre completo del tenedor de la cuenta (en letra de imprenta)	Firma del tenedor de la cuenta X

☐ CHEQUE ☐ GIRO POSTAL

- Extienda el cheque o giro postal pagadero a nombre de Kaiser Permanente for Individuals and Families.
- Escriba en el cheque el nombre del solicitante primario.
- Envíelo a la dirección que se indica en la página 1.

Paso 8

Usted puede seleccionar pagos mensuales automáticos. El pago mensual recurrente automático es un servicio opcional ofrecido por Kaiser Permanente, en el que se permite que los miembros paguen automáticamente su prima mensual por vía electrónica.

INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN DEL PAGO MENSUAL AUTOMÁTICO

¿Es la misma información de facturación que la del pago de la prima del primer mes?
☐ Sí ☐ No Si no, proporcione la información que se pide a continuación sobre la parte financieramente responsable.

Nombre de la parte financieramente responsable (apellido, nombre, segundo nombre)

Calle		Apt. n.°
Ciudad	Estado	Código postal

OPCIONES DE PAGOS MENSUALES AUTOMÁTICOS

A continuación marque su opción preferida de pagos mensuales automáticos y complete esa sección.

Entiendo que si he seleccionado la opción de establecer un programa de pagos recurrentes de la prima con Online Resources Corporation (ORCC), y posteriormente deseo cancelar o actualizar ese programa, debo hacer cualquiera de lo siguiente:

1. Visitar el siguiente sitio Web: **kp.org/payonline** y seguir las instrucciones para crear un perfil y cancelar o actualizar mi programa de pagos recurrentes.
2. Llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros de KFHP al **1-866-278-9502** para que un representante de servicio al cliente me ayude a cancelar o actualizar mi programa de pagos recurrentes.

☐ DEDUCCIÓN DE MI CUENTA BANCARIA

Al completar esta sección está solicitando que sus primas se deduzcan automáticamente de su cuenta de cheques o de su cuenta de ahorros el primer día de cada mes, y acepta los términos descritos anteriormente.

Yo autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia de mi cuenta de cheques o ahorros.

Favor de cargar a: ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

N.° de ruta bancaria	N.° de cuenta

(En la parte inferior de su cheque verá tres grupos de números. El primer grupo de números es el número de ruta bancaria, el segundo es el número de su cuenta).

Nombre completo del tenedor de la cuenta (en letra de imprenta)	Firma del tenedor de la cuenta **X**

☐ DEDUCCIÓN DE MI TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO

Al completar esta sección está solicitando que sus primas se deduzcan automáticamente de su tarjeta de crédito el primer día de cada mes, y acepta los términos descritos anteriormente.

Información de la tarjeta de crédito/débito: ☐ Crédito ☐ Débito	☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Discover ☐ American Express

Nombre del tenedor de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta de crédito/débito	Fecha de vencimiento (mm/aaaa)
Firma del tenedor de la tarjeta **X**	Fecha (mm/dd/aaaa)

☐ NO ESTOY INTERESADO EN LA OPCIÓN DE PAGOS MENSUALES AUTOMÁTICOS

Al seleccionar esta opción, automáticamente recibirá una factura mensual de Kaiser Permanente para Personas Individuales y Familias.

Paso 9

Si un agente o corredor de seguros o un representante de Kaiser Permanente para Personas Individuales y Familias (KPIF) le ayudó, asegúrese de que esta persona llene esta página.

PARA SOLICITANTES QUE USAN UN AGENTE/CORREDOR/REPRESENTANTE DE KPIF

Un representante de Kaiser Permanente incluye a cualquier representante de KPIF que le haya proporcionado asistencia.

Agente/corredor/representante de KPIF (apellido, nombre, segundo nombre)

El corredor autorizado puede recibir pagos monetarios y/o no monetarios de KPIF relacionados con la compra de esta cobertura.
Nota: Las primas son las mismas independientemente de si un agente/corredor/representante de KPIF le ayuda o no.

INFORMACIÓN DEL AGENTE, CORREDOR Y REPRESENTANTE DE KPIF

Esta sección la debe completar su agente/corredor/representante de KPIF nombrado por Kaiser Permanente después de que se llene esta solicitud:

Agente/corredor/representante de KPIF (apellido, nombre, segundo nombre) (en letra de imprenta)

KQ Insurance Services (Hansen, John F.)

Número de identificación del corredor autorizado por Kaiser Permanente

CUY

Calle		Apt. n.°
750 Mendocino Avenue		Suite 4
Ciudad	**Estado**	**Código postal**
Santa Rosa	CA	95401

Teléfono	Fax
(877) 752 – 4737	(866) 439 – 9993

Correo electrónico

support@kaiserquotes.com