

# Formulario de Cambios en la Cuenta

Con derechos adquiridos por antigüedad  
Colorado

## Instrucciones

- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Escriba su información personal en la sección A y seleccione la fecha en la que le gustaría que el cambio realizado en su plan o cuenta entrara en vigor (las fechas de vigencia no están garantizadas). A continuación, seleccione los cambios que desea hacer en la sección B.
- Solo el suscriptor, padre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Nota: Si usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Si un familiar tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

### A. Llene el formulario con su información

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)		
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	Teléfono (teléfono celular si está disponible)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de facturación <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa.		
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Futura fecha de entrada en vigor solicitada (la fecha debe ser el 1.er día del mes)		Dirección de correo electrónico
<input type="text"/> / <input type="text"/> 0 1 / <input type="text"/>		<input type="text"/>

### B. ¿Qué cambios desea hacer?

Los suscriptores (incluidos el padre o tutor legal de una cuenta solo para hijos) puede hacer cualquiera de los cambios que se mencionan a continuación para cualquier familiar.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura en un plan familiar.   | <input type="checkbox"/> Quiero cambiar de plan. (Consulte las reglas para el cambio de plan en la página 3; luego, seleccione el plan que desea cambiar de acuerdo con esas restricciones). |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.   | <input type="checkbox"/> Quiero agregar cobertura médica para un hijo recién nacido o adoptado recientemente.  |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura médica de un familiar.  | <input type="checkbox"/> Quiero hacer los cambios que se muestran en la sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).   |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge/pareja de unión civil, y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos. |  |

### C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si tiene más de 2 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y escriba la información de esos dependientes.

#### Cónyuge o pareja de unión civil

Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono (teléfono celular si está disponible)		
<input type="text"/>		

#### Dependiente 1

Añadir cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono (teléfono celular si está disponible)		
<input type="text"/>		

#### Dependiente 2

Añadir cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono (teléfono celular si está disponible)		
<input type="text"/>		

## D. Elija su plan de salud

• Si desea cambiar su cobertura por otro plan con derechos adquiridos por antigüedad, únicamente podrá cambiarse a un plan con menos o los mismos beneficios. De acuerdo con la lista del lado derecho, esto significa que solo puede cambiarse a un plan que esté **debajo** de su plan actual. Considerando esto, marque la casilla junto al plan al que desea cambiarse. Todos los familiares que estén activos en su cuenta se cambiarán a este plan.

Nota: Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia de su nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$40 Copayment Plan with Rx                             | <input type="checkbox"/> \$2,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (80%)  |
| <input type="checkbox"/> \$1,000 Deductible Plan (80%) with Rx                   | <input type="checkbox"/> \$2,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$1,500 Deductible Plan (80%) with Rx                   | <input type="checkbox"/> \$2,500 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$2,000 Deductible Plan (70%) with Rx                   | <input type="checkbox"/> \$3,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$2,000 Deductible Plan (70%)                           | <input type="checkbox"/> \$4,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$3,000 Deductible Plan (70%) with Rx                   | <input type="checkbox"/> \$5,000 HSA-Qualified Deductible HMO Plan (100%) |
| <input type="checkbox"/> \$5,000 Deductible Plan (60%) with Rx (Children's Plan) |   |
| <input type="checkbox"/> \$5,000 Deductible Plan (70%)                           |   |

## E. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Permanente se basará en la información que yo proporcione en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Permanente puede optar por dar por terminada mi cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura. Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas, la denegación del seguro e indemnizaciones civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o al demandante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado, una entidad que pertenece al Departamento de Agencias Reguladoras.
- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir correos electrónicos y comunicaciones por mensajes de Kaiser Permanente.
- Si trabajé con un corredor, entiendo que el corredor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$18 al mes por miembro más un bono potencial. Para obtener más información, visite [kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation) (en inglés).

Nota: El suscriptor que realice un cambio deberá firmar el formulario.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

## Información de contacto

**Por correo a:** Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193

**O por fax a:**  
Administración de  
Membresías al  
**1-855-355-5334**

**¿Tiene alguna pregunta? Llame al  
1-800-632-9700 (TTY 711)**

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247.

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados
  - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o al teléfono de Asistencia a los Miembros: **1-800-632-9700** (TTY **711**).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD)**. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

## AYUDA EN SU IDIOMA

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY **711**).

**አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY **711**)።

**العربية (Arabic) ملحوظة:** إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY **711**)።

**Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo:** ɔ jũ ké ñ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin ñ gbo kpáa. Đá **1-800-632-9700** (TTY **711**)

**中文 (Chinese) 注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY **711**)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700 (TTY 711)** تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.  
Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Igbo (Igbo) NRUBAMA:** O bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**日本語 (Japanese) 注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700 (TTY 711)** 번으로 전화해 주십시오.

**Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíílnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्:** तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Tagalog (Tagalog) PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.  
Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Yorùbá (Yoruba) AKIYESI:** Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



