



**LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**
5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588
Teléfono: (707) 864-2800 o Gratis al 1-800-244-4530
Correo electrónico: customerservice@lfao.org | Sitio del web: lfao.org

PARA USO POR OFICINA DEL FONDO (640)

EFFECTIVE DATE:

HCID: LA

ELIGIBILITY CODE/PURCHASER NO.:

FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS: PLANES ACTIVO y ESPECIAL

INFORMACION DEL PARTICIPANTE (Por favor imprima claramente utilizando pluma de tinta)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PRIMER NOMBRE	MEDIO	APELLIDO			
DOMICILIO RESIDENCIAL (no Apartado Postal)		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		
NÚMERO DE TELÉFONO	ÚNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO	ESTADO CIVIL
		MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (Usted y sus dependientes deben inscribirse en el mismo Plan de Beneficios)

PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS

KAISER PERMANENTE SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER, ESCRIBA SU NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

INFORMACION DE DEPENDIENTE (Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir. Use el reverso si necesita mas espacio.)

RELACIÓN	GENERO	ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2º NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE.)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER ESCRIBA SU NUMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO
<input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				

Yo solicito membresía al plan. Certifico bajo penalidad de testimonio falso y las leyes de California que la información en esta forma es cierto, correcto y completa a lo mejor de mi entendido.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ 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.

SE REQUIERE UNA FIRMA PARA EL PLAN DE KAISER PERMANENTE

FECHA

*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).

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor no escriba en este espacio)

NEW PARTICIPANT OPEN ENROLLMENT NEW DEPENDENT

COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____

REMARKS:

DATE: _____ BY: _____