

# Formulario de Cambios en la Cuenta

## Colorado

### Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o la cuenta de una cuenta existente de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la sección A con su información personal. Después, en la sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- 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 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 <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	Inicial del segundo nombre <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
Apellido <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número de seguro social (si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales) <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>		
Ciudad <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>		
Estado <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	Condado <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
Teléfono (teléfono celular si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>		
Dirección de facturación <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa. <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>		
Ciudad <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>		
Estado <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	
Dirección de correo electrónico <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>		

**Solicitantes mayores de 21 años:** ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente.  Sí  No

## B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer e incluya a todos los familiares afectados. No haremos ningún cambio para ningún familiar que no se mencione en la lista.

**Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o un período de inscripción especial.** Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-632-9700**.

- Quiero cambiar de plan.  Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como el suscriptor.

Deseo agregar cobertura médica para un familiar.

(Se aplican restricciones para períodos de inscripción especial. Visite [kp.org/inscripcionespecial](https://kp.org/inscripcionespecial) para obtener más información).

### Combinar cuentas

**Las cuentas se pueden combinar durante el período de inscripción abierta o un período de inscripción especial.**

- Quiero agregar a mi cuenta a familiares que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará su plan existente. (Indique qué familiares pasarán a su cuenta en la Sección C).

### Cancelación de cuenta

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Suscriptor, padre, madre o tutor legal para la cancelación de la cuenta

**Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año.** (Nota: Para estos cambios, puede omitir las secciones D y E).

- Quiero cancelar la cobertura médica de un familiar.  Quiero hacer los cambios que se muestran en la sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).
- Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.  Alguien de mi cuenta dejó de consumir tabaco. (Indique el familiar en la sección C).
- Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja de unión civil, y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.

Fecha de entrada en vigor solicitada (no garantizada)

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

### Cónyuge o pareja de unión civil

- Agregar cobertura médica  Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

- Cónyuge  
 Pareja de unión civil

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo:

- Hombre  Mujer  Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Número de historia clínica (si corresponde)

**Solicitantes mayores de 21 años:** ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente.  Sí  No



## D. Elija su período de inscripción

Seleccione una opción:  Inscripción abierta (**vaya a la sección E**)  Un período de inscripción especial (siga con esta sección)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise las opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere un comprobante de elegibilidad en un plazo de 30 días calendario.** Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) o llame al **1-800-255-5169** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)\*
- Agregar a un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o la unión civil
- Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza  
**Nota:** En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:
  - La fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza
  - El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted
- Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal
- Muerte del suscriptor o de un dependiente
- Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente  
**Nota:** En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:
  - La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
  - El primer día del mes posterior a la orden del tribunal
- Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional de la atención médica  
**Nota:** En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:
  - El primer día del mes en el que se confirma el embarazo
  - El primer día del mes siguiente, después de que recibimos el formulario
- Traslado permanente con acceso a nuevos planes
- Determinación del comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales
- Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)
- Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar
- Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)
- Pérdida de la cobertura médica a corto plazo
- Liberación del encarcelamiento
- Cambio en los ingresos que modifica la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal por medio de Connect for Health Colorado
- Determinación de Connect for Health Colorado de circunstancias excepcionales
- Violación del contrato

Escriba la fecha de su evento calificado de vida.  /  /  (mm/dd/aaaa)

\*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió su cobertura.

## E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o añadir cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. La elección del plan de salud se basa en su condado. Vea la lista de condados a continuación para saber qué planes de salud están disponibles para usted. Todos los familiares que incluyó en la sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, envíe un formulario para cada plan por separado. Su condado podría aparecer varias veces.

**Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Gilpin, Jefferson, Park y Teller**

### Planes disponibles:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/50          | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 2200/25 X          | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 0/25 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/35%/HSA     | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 1500/20       |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 7500/60 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 3700/20%/HSA X     | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 2000/20       |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 8500/50          | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 5000/25 X          |  |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Catastrophic*           | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 6000/30 X          |  |

**Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo y Weld**

### Planes disponibles:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/50          | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 2200/25 X          | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 0/25 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/35%/HSA     | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 1500/20       |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 7500/60 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 3700/20%/HSA X     | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 2000/20       |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 8500/50          | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 5000/25 X          |   |
| <input type="checkbox"/> KP CO Catastrophic*           | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 6000/30 X          |   |

**Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld**

### Planes disponibles:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Bronze | <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Silver X | <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Gold |
|--|--|--|

#### \*Para solicitantes menores de 30 años o con exenciones por dificultades económicas

Los planes Catastrophic están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de vigencia o que presenten un certificado de exención que demuestre sus dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si es mayor de 30 años.** Para saber si califica, visite [cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/](http://cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/) y siga las instrucciones.

El plan Kaiser Permanente Catastrophic no incluye beneficios dentales pediátricos. Si está solicitando este plan y tiene hijos menores de 19 años que tendrán la cobertura de este plan, deberá comprar la cobertura dental pediátrica por separado.

- No tengo hijos menores de 19 años que estarán cubiertos por este plan.
- Por la presente certifico que tengo o compraré la cobertura de beneficios de salud esenciales (essential health benefit, EHB) dentales pediátricos.

X

Firma del solicitante

Para obtener información sobre los beneficios y las limitaciones de salud y dentales, los montos de los costos compartidos y las primas, consulte los detalles en su material de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía (Membership Agreement)* de un plan en particular, visite [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments) (en inglés), llame al **1-800-632-9700** o comuníquese con su corredor.

## F. Firme el formulario

- Si un corredor le ayudó con este cambio de cuenta o plan, al firmar a continuación, usted otorga su permiso a ese corredor para actuar en su nombre en relación con este cambio de cuenta o plan.
- 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).
- 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.
- Entiendo que Kaiser Permanente se basará en la información proporcionada en este formulario. Si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Permanente puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- 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 comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.

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

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 /  / 

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

## Información de contacto

### Enviar por correo postal 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 nià 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, éi 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)**.