

## Date of Change Information

(Please note: The Date of Change is not necessarily the effective date of coverage.)

Event	Date
Address Change	Date of Change
Name Change	Date of Change
Newborn Addition	Date of Birth
Adoption	Date of Adoption
Dependent Addition	Date of Addition
Deceased Member	Deceased Date
Delete Dependents	Date of Change

### Please mail form to:

Community Benefit Products  
P.O. Box 12904  
Oakland, CA 94604

### Or fax form to:

510-625-6970

If you have questions about this application, please call **1-800-255-5053**, Monday through Thursday, 8 a.m. to 3 p.m., or Friday, 10 a.m. to 3 p.m.

## Información de la fecha de cambio

(Nota: La fecha de cambio no es necesariamente la fecha en que entra en vigencia la cobertura.)

Condición	Fecha
Cambio de dirección	Fecha de cambio
Cambio de nombre	Fecha de cambio
Adición de un recién nacido	Fecha de nacimiento
Adopción	Fecha de adopción
Adición de un dependiente	Fecha de adición
Fallecimiento de un miembro	Fecha de fallecimiento
Eliminación de dependientes	Fecha de cambio

### Por favor envíe el formulario a:

Community Benefit Products  
P.O. Box 12904  
Oakland, CA 94604

### O envíe por fax el formulario a:

510-625-6970

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, por favor llame al **1-800-255-5053**, de lunes a jueves, de 8 a.m. a 3 p.m., o viernes, de 10 a.m. a 3 p.m.



**KAISER PERMANENTE®**

**Membership Update Form  
For Steps Plan and Child Health Plan**

**Formulario de Actualización de Membresía  
Para Steps Plan y Child Health Plan**



## Membership Update Form For Steps Plan and Child Health Plan

### Formulario de Actualización de Membresía Para Steps Plan y Child Health Plan

For office use only • Para uso exclusivo de oficina	
____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	
PID/Enrollment Unit Number (EU)	
Effective Date ____/____/____	File Number _____

Please print or type.  
Use letra de imprenta o máquina de escribir.

#### A. ABOUT YOUR UPDATE/SOBRE SU ACTUALIZACIÓN

Check all that apply/Marque todos los que apliquen:

- Change of Subscriber/Cambio de suscriptor (Steps Plan Only/sólo Steps Plan)
- Change of Address/Cambio de dirección \_\_Home/Domicilio \_\_Mailing/Dirección postal
- Change of Name/Cambio de nombre \_\_Subscriber/Suscriptor \_\_Non-Covered Subscriber/Suscriptor sin cobertura \_\_Spouse/Cónyuge \_\_Dependent(s)/Dependiente(s)
- Add or Delete Dependents/Agregar o eliminar dependientes

#### B. ABOUT YOU (SUBSCRIBER OR NON-COVERED SUBSCRIBER)/ DATOS SOBRE USTED (SUSCRIPTOR O SUSCRIPTOR SIN COBERTURA)

Last Name/Apellido	First Name/Primer nombre	MI/Inicial del 2° nombre	<input type="checkbox"/> Check here if Subscriber has changed/Marque aquí si el Suscriptor ha cambiado
Date of Birth/Fecha de nacimiento ____/____/____ mm/mes dd/día yy/año	Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	Medical Record Number/Número de expediente médico	
Day Phone/Teléfono (día) ( )	Evening Phone/Teléfono (noche) ( )	Social Security Number/Número de seguro social	

#### C. CHANGE OF ADDRESS/CAMBIO DE DIRECCIÓN

Indicate whose address is changing/Indique quién cambió de dirección:

- Subscriber/Suscriptor  Dependent(s)/Dependiente(s)
- Non-Covered Subscriber/Suscriptor sin cobertura

#### NEW HOME ADDRESS (No P.O. Boxes)/DIRECCIÓN NUEVA DEL HOGAR (No apartado de correos)

Street Address/Dirección	City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código postal
_____	_____	_____	_____

#### NEW MAILING ADDRESS/DIRECCIÓN NUEVA DE CORREOS

Street Address/Dirección	City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código postal
_____	_____	_____	_____

Date of Change/Fecha de cambio \_\_\_\_\_

#### D. CHANGE OF NAME/CAMBIO DE NOMBRE

If full name is changing, please send legal documentation/Si se cambió el nombre completo, envíe la documentación legal correspondiente.

Indicate whose name is changing/Indique quién cambió de nombre:

- Subscriber/Suscriptor  Non-Covered Subscriber/Suscriptor sin cobertura  Spouse/Cónyuge
- Dependent(s)/Dependiente(s)

New Name/Nombre nuevo \_\_\_\_\_ Former Name/Nombre anterior \_\_\_\_\_

Date of Change/Fecha de cambio \_\_\_\_\_

#### E. ADD OR DELETE DEPENDENTS/AGREGAR O ELIMINAR DEPENDIENTES

	Child/Niño	Child/Niño	Child/Niño	(Steps Plan) Spouse/Cónyuge
Last Name/Apellido				
First Name/Primer nombre				
Middle Initial/Inicial del 2° nombre				
Date of Birth: month/day/year Fecha de nacimiento: mes/día/año	/ /	/ /	/ /	/ /
Gender M/F/Sexo M/F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Medical Record Number (if known)/ Número de expediente médico (si se sabe)				
Social Security Number Número de seguro social				
Eligible for/Enrolled in other coverage? ¿Reúne los requisitos para/Inscrito en otra cobertura?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Check one/Marque uno:	<input type="checkbox"/> Add/Agregar <input type="checkbox"/> Delete/Eliminar	<input type="checkbox"/> Add/Agregar <input type="checkbox"/> Delete/Eliminar	<input type="checkbox"/> Add/Agregar <input type="checkbox"/> Delete/Eliminar	<input type="checkbox"/> Add/Agregar <input type="checkbox"/> Delete/Eliminar
Date of Addition or Deletion Fecha de adición o eliminación	/ /	/ /	/ /	/ /

#### Kaiser Foundation Health Plan Arbitration Agreement:

I understand that (except for Small Claims Court cases, claims subject to a Medicare appeal procedure, and, if my Group must comply with ERISA, certain benefit-related disputes) any dispute between myself, my heirs or other associated parties on the one hand and Health Plan, its health care providers, or other associated parties on the other hand, for alleged violation of any duty arising out of or related to membership in Health Plan, including any claim for medical or hospital malpractice, for premises liability, or relating to the coverage for, or delivery of, services or items, irrespective of legal theory, must be decided by binding arbitration under California law and not by lawsuit or resort to court process, except as applicable law provides for judicial review of arbitration proceedings. I agree to give up our right to a jury trial and accept the use of binding arbitration. I understand that the full arbitration provision is contained in the *Evidence of Coverage*.

#### Contrato de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan:

Entiendo que (excepto en los casos del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía, las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelaciones de Medicare, y si mi Grupo debe cumplir con las normas de ERISA, ciertas determinadas disputas relacionadas con los beneficios) toda disputa entre yo, mis herederos u otras partes asociadas, por una parte, y Health Plan, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas, por la otra, que se deba al supuesto incumplimiento de una obligación que surja o se relacione con la membresía de Health Plan, incluida toda reclamación de negligencia médica u hospitalaria, de responsabilidad civil de las instalaciones o relativa a la cobertura de, o la prestación de, servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, se deberá determinar únicamente por arbitraje obligatorio de conformidad con las leyes de California y no por medio de una demanda o de un recurso a procesos legales, excepto en los casos en que las leyes correspondientes dispongan una revisión judicial del proceso de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a tener un juicio por jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición completa sobre el arbitraje figura en el folleto *Evidence of Coverage* (Evidencia de Cobertura).

Subscriber or Non-Covered Subscriber's Signature/Firma del suscriptor o suscriptor sin cobertura:

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Please keep a copy for your records/Por favor guarde una copia para sus archivos

By signing this application, I certify that the information in this application is correct and accurate. If I provide any incorrect or incomplete information on this application or in further correspondence concerning this application, my child's coverage may be terminated.

Por medio de mi firma certifico que la información en la presente solicitud es correcta y exacta. Si proporciono información incorrecta o incompleta en dicha solicitud o en correspondencia adicional relativa a la misma, se podrá cancelar la cobertura de mi niño.

Print Name of Applicant  
Nombre del Solicitante (en letra de molde)

Signature of Applicant  
Firma del Solicitante