



Landmark Healthplan of California, Inc.
 2629 Townsgate
 Rd, Suite 235 Westlake
 Village, CA 91361
 Teléfono: (800) 298-4875
 Fax: (916) 646-1263

Formulario de inscripción de Cal-COBRA

Grupo laboral _____

Fecha de contratación _____ / _____ / _____

Fecha de validez de la cobertura _____ / _____ / _____

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

DATOS DEL EMPLEADO

Número de seguro social _____ - _____ - _____ () ()
 Teléfono particular Teléfono del lugar de trabajo

Apellido Nombre Inicial del 2º nombre Fecha de nacimiento

Dirección, incluido N.º de departamento Edad

Ciudad Estado Código postal Sexo Masculino Femenino

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (Indique el cónyuge o el concubino registrado; después los hijos del mayor al menor).

Apellido	Nombre	Inicial del 2º nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
			____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Los términos y condiciones de inscripción se describen en su Formulario combinado de prueba de cobertura y entrega de Landmark Healthplan of California, Inc. (el "Plan"), además del Acuerdo de grupo entre el Plan y su grupo laboral.

En caso de que esta solicitud de cobertura sea aceptada, autorizo a cualquier profesional de atención médica, según lo permita la ley, a proporcionar al Plan información sobre el estado de salud o el tratamiento de cualquier persona inscrita cuyo nombre aparezca en este formulario y según se requiera para que por medio del Plan se autorice o se paguen los servicios incluidos en la cobertura prestados por dicho profesional.

Además autorizo al Plan y a cualquier otro plan de atención médica a través del cual yo y/o mis dependientes tenemos cobertura, a entregar cualquier información entre ellos que sea necesaria para coordinar los beneficios entre los planes.

Con respecto a las autorizaciones anteriores, estoy de acuerdo que una copia de este formulario sea igual de válida que el original.

ACEPTO Y ENTIENDO QUE CUALQUIER Y TODAS LAS CONTROVERSIAS, INCLUIDOS AQUELLOS RECLAMOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN VIRTUD DEL PLAN Y LOS RECLAMOS POR MALA PRÁCTICA MÉDICA (ES DECIR, EN CASO DE QUE ALGÚN SERVICIO MÉDICO PRESTADO EN VIRTUD DEL PLAN DE SALUD FUERA INNECESARIO, NO ESTUVIESE AUTORIZADO O SE HUBIESE PRESTADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE), EXCEPTO PARA LOS RECLAMOS SUJETOS A LAS DISPOSICIONES DE ERISA, ENTRE MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN (INCLUIDO CUALQUIER HEREDERO O BENEFICIARIO) Y LANDMARK HEALTHPLAN OF CALIFORNIA, INC., O CUALQUIERA DE SUS FILIALES, SUBSIDIARIAS O SU MATRIZ, SERÁ DIRIMIDA EN ARBITRAJE OBLIGATORIO. NINGUNA DE DICHAS CONTROVERSIAS SERÁ DIRIMIDA POR LITIGIO O RECURRIENDO A UN PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO SI LA LEY DE ARBITRAJE FEDERAL SEÑALA LA APLICACIÓN DE REVISIÓN JUDICIAL A PROCEDIMIENTO DE ARBITRAJE. TODAS LAS PARTES DEL PRESENTE RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL DE QUE DICHAS CONTROVERSIAS SEAN RESUELTAS EN JUZGADO ANTE JURADO Y EN SU LUGAR ACEPTAN EL ARBITRAJE OBLIGATORIO.

Firma _____ Fecha de hoy _____

Landmark Healthplan of California, Inc., puede brindarle asistencia gratis en otros idiomas para ayudarlo a usar su beneficio de quiropráctica o acupuntura. Simplemente debe decirle al quiropráctico o acupunturista que desea dicha asistencia al momento de realizar su cita o llame a Landmark al 1-800-298-4875 entre las 5:30 AM y las 5 PM, de lunes a viernes.

Deseamos brindarle un servicio excelente y por ello le pedimos su ayuda. Al contestar las siguientes preguntas, nos ayudará a conocer qué idioma prefiere que usemos al hablarle o escribirle sobre los beneficios de quiropráctica o acupuntura. Una nueva ley de California nos obliga a realizarle estas preguntas. Haga su mejor esfuerzo para responder de manera completa. Puede utilizar una hoja de papel adicional, si es necesario.

1) ¿Usted y su familia son de ascendencia latina o hispana? Nombre a cada integrante de su familia y marque "NO" o "SÍ". **PREFIERE NO DECLARAR.**

NOMBRE COMPLETO DEL INTEGRANTE DE SU FAMILIA **NO** **SÍ (mencione de dónde)**

<i>Su nombre:</i>		

2) ¿A qué raza pertenecen usted y su familia? Puede marcar más de una casilla si usted o los integrantes de su familia pertenecen a razas mixtas.

Usted: Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

Otros integrantes de su familia por nombre:

_____ Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

_____ Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

_____ Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

_____ Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

3) ¿Qué idioma prefiere que utilicemos para comunicarnos con usted y los otros integrantes de su familia? Nombre a cada integrante de su familia e indique el idioma de su preferencia.

NOMBRE COMPLETO DEL INTEGRANTE DE SU FAMILIA **IDIOMA HABLADO** **IDIOMA ESCRITO**

<i>Su nombre:</i>		