Student Certification

Requirements for dependent *student* coverage:

- Must be enrolled in an accredited institution.
- Must be dependent upon subscriber for support.
- Must be unmarried.
- Units required are determined by the employer.
- Age limitations are determined by the employer.

Dependent's name | Dependent's Medical Record Number

Birth date | Dependent's Social Security number

School name

School address | City, State, ZIP

Student ID number | Number of units carried

Subscriber's name | Subscriber's Medical Record Number

Purchaser ID

I certify that the dependent shown meets all of the requirements for coverage on my account as a full-time student. I understand the Health Plan coverage for this dependent will terminate on the first day of the month following the date that any one of these requirements is no longer met.

X

Subscriber's signature

Social Security number | Date

Employee: Return completed form to your employer.

Employer: If Kaiser Permanente certifies your students, return this form to your membership document address.

Certificación de Estudiante

Requisitos para la cobertura de dependientes que son *estudiantes:*

- Debe estar inscrito en una escuela acreditada.
- Debe ser dependiente del suscriptor para su apoyo económico.
- Debe ser soltero.
- El empleador decide los créditos requeridos.
- El empleador decide el límite de edad.

Nombre del dependiente | Número de Expediente Médico del dependiente

Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social del dependiente

Nombre de la escuela

Dirección de la escuela

Ciudad, estado, código postal

Número de identificación del estudiante | Número de unidades que estudia

Nombre del suscriptor | Número de identificación del comprador

Número de cuenta de la familia

Certifico que dicho dependiente cumple con todos los requisitos para la cobertura en mi cuenta como estudiante de tiempo completo. Entiendo que la cobertura del Plan de Salud para dicho dependiente terminará el primer día del mes posterior a la fecha en que no se cumplan alguno de estos requisitos.

X

Firma del suscriptor

Número de Seguro Social | Fecha

Empleado: Entregue el formulario completado a su empleador.

Empleador: Si Kaiser Permanente otorga un certificado a sus estudiantes, envíe este formulario a la dirección donde manda sus documentos de membresía.

KAISER PERMANENTE®

0128-4001-06-r03