

Formulario de Certificación de Estudiante para cuentas de grupo / Student Certification Form for Group Accounts

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

- Los límites de edad son determinados por el empleador o el fondo fiduciario.
- Debe ser soltero.
- Debe de depender del suscriptor para su manutención.
- Debe estar inscrito en una institución acreditada.
- Las unidades requeridas son determinadas por el empleador o el fondo fiduciario de su membresía.

Empleado: Llene este formulario y envíelo en el sobre de respuesta adjunto.

Empleador o fondo fiduciario: Si Kaiser Permanente certifica a sus estudiantes, envíe este formulario a la dirección documentada.

Nombre del dependiente /
Dependent's Name

Número de historia clínica del dependiente /
Dependent's Medical Record Number

Fecha de nacimiento del dependiente /
Dependent's Birth Date

Número de seguro social del dependiente /
Dependent's Social Security Number

Nombre de la escuela / School Name

Dirección de la escuela /
School Address

Ciudad, estado, código postal /
City, State, ZIP Code

Número de identificación del estudiante /
Student ID Number

Cantidad de unidades que cursa /
Number of Units Carried

Estudiantes que se encuentran de licencia médica: si Kaiser Permanente le solicita que presente un formulario de certificación de estudiante y el estudiante se encuentra de licencia médica certificada por un médico, indique la fecha de inicio de la licencia a continuación y adjunte la documentación de la certificación del médico.

Fecha de inicio de la licencia del estudiante /
Date Student's Leave Began

Certifico que el dependiente arriba mencionado cumple con todos los requisitos de cobertura de mi cuenta para estudiantes de tiempo completo. Entiendo que esta cobertura será cancelada el primer día del mes siguiente a la fecha en que no se cumpla cualquiera de los requisitos anteriores.

Firma del suscriptor / Subscriber's Signature

Fecha / Date

Nombre del suscriptor /
Subscriber's Name

Número de historia clínica del suscriptor /
Subscriber's Medical Record Number

Número de seguro social del suscriptor /
Subscriber's Social Security Number

Número de identificación del comprador /
Purchaser ID Number