

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.

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