

# 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.

## Mailing information

**Mail or fax this form to:**

**Northern California:**

Kaiser Permanente  
California Service Center  
P.O. Box 23448  
San Diego, CA 92193-3448  
Fax: (858) 614-3344

**Southern California:**

Kaiser Permanente  
California Service Center  
P.O. Box 23758  
San Diego, CA 92193-3758  
Fax: (858) 614-3345