



# Formulario de Inscripción para Póliza Individual y Familiar—Cobertura Dental Solamente Oregon

## ¡Muchas gracias por elegir a PacificSource!

Usted también puede inscribirse en línea en [PacificSource.com/find-an-individual-plan](https://www.pacificsource.com/find-an-individual-plan).

## Antes de comenzar

Esto es lo que usted necesitará para llenar este formulario de inscripción:

- Una pluma con tinta azul o negra (en caso de que usted no llene el formulario electrónico).
- Información de cualquier compañía aseguradora que actualmente o recientemente le haya proporcionado una cobertura a usted o a su familia (tal como su antigua tarjeta de ID). Esta información es necesaria para determinar la cobertura acreditable.
- Una copia de cualquier documento que usted pueda necesitar para demostrar la tutela legal.
- La información de su agente de seguros de salud, en caso de que aplique.
- El pago de su prima del primer mes (es necesario pagar antes de que su póliza entre en vigor).

Usted es elegible para inscribirse siempre y cuando:

- Usted es un residente del estado de Oregon.
- Su cónyuge /pareja doméstica (en caso de que aplique) legalmente es su cónyuge/pareja doméstica.
- Sus hijos (en caso de que aplique) son sus hijos naturales o adoptados y son menores de 26 años de edad o usted es su tutor legal.
- Su empleador no pagará ni le reembolsará cualquier parte de la prima.

## ¿Necesita usted ayuda?

Si usted tiene alguna duda sobre cualquier sección de este formulario de inscripción, podemos ayudarle con gusto. Comuníquese con un Asesor de Cobertura de PacificSource al teléfono (855) 330-2792.

---

## ¿Qué Sucede Cuando Recibimos su Solicitud?

Comenzaremos a procesar su solicitud y en las próximas semanas usted recibirá varias cosas de nosotros. Para recibir la información de una manera más rápida, incluya su dirección de email en la solicitud.

1. Poco tiempo antes de que inicie la vigencia de su plan, le enviaremos sus tarjetas de ID por correo.
2. También le enviaremos su póliza completa.

**Por favor conserve una copia de esta solicitud para su expediente.**

**Si usted desea inscribirse en una póliza individual de seguro médico con PacificSource, por favor llene el Formulario de Inscripción Individual y Familiar en vez de este documento.**

## 1 ¿Qué tipo de cobertura desea usted?

### Cobertura Nueva

Solamente para mí  
Para mí + mi cónyuge/pareja doméstica  
Para mí + mi familia  
Solamente para mi(s) hijo(s)  
o dependiente(s) legal(es)

### O Cambio en Mi Cobertura Actual

No. de ID Actual de PacificSource \_\_\_\_\_  
(Esta información aparece en su tarjeta de ID).  
Agregar a miembro(s) de la familia  
Cambiar mi plan como se indica abajo

## 2 Elija un plan

Dental Advantage 0-20-50 1000                      Dental Advantage 0-20-50 1500  
Kids Dental Advantage 0-20-50 (para miembros de 18 años de edad y menores)

Esta póliza incluye una cobertura de cuidados dentales pediátricos que cumple con los requerimientos de la Ley para el Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act).

## 3 Seleccione una fecha de cobertura

¿En qué fecha le gustaría iniciar su cobertura?      1er día ó      15o día de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_ mes/año.

## Inscripción mía y de mi familia

Enliste a todos los miembros de su familia que desea asegurar. Solamente son elegibles su cónyuge legal, su pareja doméstica y sus hijos dependientes.

**\*Raza/Origen Etnico**(seleccione el código con el cual se identifique mejor a cada miembro de la familia): **AI**-Indio americano/Nativo de Alaska, **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**-Hispano/Latino, **N**-Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico, **W**-Blanco/Caucásico.

## 4 Información Propia (Requerido)

Si esta póliza solamente cubre a los hijos/dependientes, PacificSource requiere que el padre o tutor responsable proporcione su información.

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

Estado Civil                      Soltero(a)                      Casado(a)                      Sociedad Doméstica

Dirección Física \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dirección Postal (en caso de ser distinta) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**5** | **Cónyuge o Pareja Doméstica** (Continúe con la sección 6 si usted no desea inscribir a su cónyuge o pareja doméstica).

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

**6** | **Hijo(a) Dependiente** (Continúe con la sección 7 si usted no desea inscribir a sus dependientes).

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

**Hijo(a) Dependiente**

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

**Hijo(a) Dependiente**

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

**Hijo(a) Dependiente**

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

**Hijo(a) Dependiente**

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

Por favor utilice hojas adicionales si es necesario. He anexado \_\_\_\_\_ páginas adicionales.

## 7 Información Sobre Mis Otros Seguros

¿Tiene usted o alguna de las personas enlistadas en este formulario de inscripción otros seguros dentales, incluyendo seguros comerciales (seguro de grupo del empleador o seguro dental individual) o una cobertura Medicare Advantage? Sí No  
(Si usted no tiene otras coberturas, continúe con la sección 8).

Nombre de la(s) otra(s) compañía(s) aseguradora(s) (incluya dirección y número de teléfono, en caso de tenerlo)

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s)

Fecha de inicio de la cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de terminación de la cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Está vigente la cobertura? Sí No Núm. de Póliza \_\_\_\_\_

Si es un seguro de grupo, indique el nombre del grupo \_\_\_\_\_

## 8 Certificación, Autorización y Firma

Asegúrese de firmar y anotar la fecha en esta página y en la siguiente. También es necesario que su cónyuge o pareja doméstica firme el documento (en caso de que aplique), así como sus hijos de 18 años de edad o mayores. Si usted desea solicitar una copia impresa de su solicitud y/o de su información de inscripción sin costo alguno, póngase en contacto con nuestro Departamento de Facturación e Inscripción Comercial al email [individual@pacificsource.com](mailto:individual@pacificsource.com) o al teléfono (866) 695-8684.

### **Certificación de Información Completa y Correcta**

Afirmo que las respuestas proporcionadas en esta solicitud de inscripción son completas y correctas. Estoy proporcionando estas respuestas como parte del procedimiento de inscripción que requiere PacificSource para poderme inscribir en su cobertura de seguro. Entiendo que si este formulario de inscripción contiene información intencionalmente falsa o fraudulenta, PacificSource podrá modificar o cancelar el contrato y/o tomar cualquier otra acción legal disponible bajo la ley. Me comprometo a informar oportunamente y por escrito a PacificSource en caso de que ocurra cualquier cosa que pudiera hacer que la información proporcionada en este formulario de inscripción sea incompleta o incorrecta. Entiendo y acepto que la cobertura no entrará en vigor sino hasta que sea aceptada por PacificSource. En caso de ser aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha de vigencia que determine PacificSource. Es posible que un representante de PacificSource se ponga en contacto conmigo para aclarar las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción. Las declaraciones realizadas por el afiliado se considerarán como declaraciones realizadas en representación de cada una de las personas cubiertas por esta póliza. Sin embargo, los cambios a la información proporcionada en el formulario de inscripción no entrarán en vigor sino hasta que hayan sido aprobados por escrito por el afiliado. Cualquier formulario de inscripción que sea recibido por PacificSource y que requiera de modificaciones será modificado por enmienda y enviado al afiliado para su firma. Como afiliado, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información contenida en mi expediente.

He(hemos) leído esta autorización y comprendo(comprendemos) su información.

Firma del Afiliado/Persona Responsable/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **En caso de inscribirse en la cobertura:**

Firma del Cónyuge/Pareja Doméstica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Hijo(s) de 18 años de edad o mayores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Hijo(s) de 18 años de edad o mayores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Sección requerida para menores de edad que se inscriban:**

Nombre del Padre o Tutor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firme y anote la fecha en este formulario de inscripción. Es necesario llenar todas las secciones para que esta autorización sea válida. De aceptarse la inscripción, PacificSource proporcionará al asegurado una copia de este formulario debidamente lleno junto con la póliza. Esta póliza solamente provee beneficios dentales. Lea su póliza cuidadosamente.**

**9** **Autorización del Agente** (Continúe con la sección 10 si usted no está trabajando con un agente).

Yo, como agente de seguros, no he realizado declaraciones al afiliado acerca de cualquier disposición, beneficio, condición o limitación de la póliza, a excepción de los materiales impresos que han sido proporcionados por PacificSource. El afiliado ha sido informado que la fecha de vigencia de la cobertura es asignada solamente por PacificSource. Por este medio certifico que la información que me fue proporcionada por el afiliado ha sido registrada de manera verdadera y precisa en este documento.

Nombre del Afiliado (con letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del Agente (con letra de imprenta) \_\_\_\_\_

No. de Agente de PacificSource \_\_\_\_\_

Firma del Agente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**10** **¿Cómo Prefiere Usted Pagar las Primas a Futuro?**

Es necesario que usted pague su prima del primer mes (con cheque u orden de pago) antes de que su póliza entre en vigor. No aceptamos pagos de terceras personas, excepto cuando así lo requieran las leyes federales.

**Por favor indique su método de pago para pagar las primas a futuro. Recordatorio: Usted puede pagar su prima del primer mes con cheque u orden de pago.**

Favor de enviarme una factura impresa por correo cada mes  
(Continúe con la sección 11)

Retiro automático de mi cuenta de banco (EFT). *El pago del primer mes no puede realizarse por transferencia electrónica de fondos (EFT).*

**Autorizamos e instruimos a PacificSource Health Plans para que realice el retiro de fondos según se indica a continuación:**

Monto del retiro mensual \$\_\_\_\_\_ Los retiros se realizan el día 5 de cada mes.

Seleccione uno: Iniciar las transferencias en la siguiente fecha disponible

Retrasar las transferencias hasta \_\_\_\_\_(mes)

**Información bancaria**

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

Núm. de Cuenta \_\_\_\_\_ Núm. de Ruta \_\_\_\_\_

**Tipo de Cuenta**

Cheques—Adjunte un cheque cancelado

Ahorros—Adjunte una ficha de retiro cancelada

Esta autorización estará vigente hasta que sea cancelada por cualquiera de las partes. En caso de que se modifiquen las primas de la póliza individual debido a un incremento en las tarifas, a la selección de un plan distinto o al cambio de edad del asegurado, esta autorización se modificará automáticamente para autorizar el retiro de un monto equivalente a la nueva prima.

Nombre del Asegurado (con letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Titular de la Cuenta Bancaria \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **Detalles importantes acerca del retiro automático de las primas mensuales:**

- Las cuentas nuevas tardan 30 días en configurarse. Si su póliza es aceptada y la cobertura inicia antes de que se configure el retiro mensual, es posible que usted tenga que pagar con cheque hasta que se haya establecido el proceso de transferencia de fondos.
- Las transferencias se realizan el día 5 de cada mes. Si el día 5 cae en un fin de semana o un día festivo, la transferencia se realizará el siguiente día hábil.
- Las transferencias se realizarán en base al saldo a pagar de la prima.
- En caso de que no se haya configurado la transferencia electrónica de fondos (EFT) antes de la fecha de facturación del segundo mes, es posible que usted reciba una factura impresa correspondiente al segundo mes.

11

## ¿Está Usted Listo para Enviar sus Documentos?

¿Llenó por completo todas las secciones?

¿Adjuntó la documentación solicitada (por ejemplo: documentos de tutela, etc.)?

¿Seleccionó una fecha de cobertura de la póliza en la página 2?

¿Incluyó un cheque o una orden de pago para pagar su prima del primer mes?

¿Seleccionó una opción de pago y adjuntó un cheque cancelado en caso de ser necesario?  
(Consulte la sección 10)

Llene por completo el formulario, fírmelo y envíelo junto con los documentos adjuntos por:

**Email:** Individual@pacificsource.com

**Fax:** (541) 225-3646

**Correo:** PacificSource Health Plans, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068

¡Muchas gracias por inscribirse!

---

Para uso del personal de oficina solamente

## La Ley Prohíbe la Discriminación

PacificSource cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no discrimina en base a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el género. PacificSource no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

### PacificSource:

- Ofrece servicios y apoyos gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (impreso en letra más grande, grabación de audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente al teléfono (888) 977-9299. Los usuarios del servicio TTY deben llamar al (800) 735-2900. Nuestro horario de atención es de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si usted considera que PacificSource no le ha proporcionado estos servicios o que usted ha sido víctima de discriminación debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja dirigida a: Civil Rights Coordinator, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068, (888) 977-9299, TTY 711, fax (541) 684-5264 o email [crc@pacificsource.com](mailto:crc@pacificsource.com). Por favor indique que desea presentar una queja de derechos civiles. Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o email. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese al Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource para recibir ayuda.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ya sea de manera electrónica a través del Portal de la Oficinas de Quejas de Derechos Civiles en [OCRPortal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://OCRPortal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](http://HHS.gov/ocr/office/file/index.html).

Arabic	بخصوص PacificSource Health Plans ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ (888) 977-9299. إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة الضرورية بلغتك من دون اية
Cambodian-Mon-Khmer	ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកដទៃ កំពុងជជែង ឬមានសំណួរអំពី PacificSource Health Plans បរ, អ្នកមុនសិទ្ធិប្រើភាសាខ្មែរ ឬភាសាខ្មែរ អស់អ្នក បោយមិនអស់ប្រាក់ ។ បរើមបីនិយាយជាមួយអ្នកកម្មសុខ សូម (888) 977-9299.
Chinese	如果您，或是您正在協助的對象，有關於[插入 SBM 項目的名稱 PacificSource Health Plans 方面的問題，您 有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 (888) 977-9299。

Cushite-Oromo	Isin yookan namni biraa isin deeggartan PacificSource Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa (888) 977-9299 tiin bilbilaa.
French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de PacificSource Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez (888) 977-9299.
German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum PacificSource Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer (888) 977-9299 an.
Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でもPacificSource Health Plans についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、(888) 977-9299までお電話ください。
Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 PacificSource Health Plans 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 (888) 977-9299로 전화하십시오.
Persian-Farsi	میکنید، سوال در مورد PacificSource Health Plans ، داشته باشی حق این را داری که کمک دریافت نمایی. (888) 977-9299 تماس حاصل نمایی. اگر شما، یا کسی که شما به او کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان
Romanian	Dacă dumneavoastră sau persoana pe care o asistați aveți întrebări privind PacificSource Health Plans, aveți dreptul de a obține gratuit ajutor și informații în limba dumneavoastră. Pentru a vorbi cu un interpret, sunați la (888) 977-9299.
Russian	1Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу PacificSource Health Plans, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону (888) 977-9299.
Spanish	Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de PacificSource Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al (888) 977-9299.
Thai	หากคุณ หรือคนที่คุณ กำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ PacificSource Health Plans คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดดู หมายเลข โทร (888) 977-9299.
Ukrainian	Якщо у Вас чи у когось, хто отримує Вашу допомогу, виникають питання про PacificSource Health Plans, у Вас є право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на Вашій рідній мові. Щоб зв'язатись з перекладачем, задзвоніть на (888) 977-9299.
Vietnamese	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về PacificSource Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi (888) 977-9299.