

Formulario de Inscripción y Exención del Empleado



DEBE SER LLENADO POR EL EMPLEADOR

Núm. de grupo _____ Nombre del grupo _____
 Núm. de subgrupo _____ Núm. de clase o nombre del plan: _____
 Fecha de contratación de tiempo completo: ____/____/_____
 Fecha de vigencia de la cobertura: ____/____/_____
 Horas trabajadas por semana: _____ ¿Es el solicitante un propietario? Sí No

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial 2o nombre _____
 Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono _____ Email _____
 Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Sociedad doméstica Al proporcionar su dirección de email, usted acepta recibir comunicaciones por email de PacificSource.

Motivo de inscripción:

- Grupo nuevo
- Inscripciones abiertas
- Empleado nuevo
- Agregar dependiente(s)
- Pérdida involuntaria de otra cobertura

Fecha de vigencia: ^

Motivo de elegibilidad para COBRA:

- Terminación del empleo o reducción de horas
- Divorcio o separación legal
- Fallecimiento del empleado
- El dependiente ya no es elegible

Fecha de vigencia: ^

^Es posible que sea necesario presentar documentación.

Elija el tipo de cobertura que desea cada persona (incluyendo aquellas que deseen declinar la cobertura). Si usted necesita agregar a más miembros de su familia, por favor utilice hojas adicionales.

Cobertura	Seleccione uno:	Nombre (Apellido, primer nombre, inicial 2o nombre)	Sexo asignado al nacer	Identidad de género*	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Raza / Origen étnico**
Médica	Agregar	Empleado	M F				
	Declinar	Nombre:					
Dental	Agregar	Médico de atención primaria:	M F				
	Declinar	Nombre:					
Médica	Agregar	Cónyuge/pareja doméstica	M F				
	Declinar	Nombre:					
Dental	Agregar	Médico de atención primaria:	M F				
	Declinar	Nombre:					
Médica	Agregar	Nombre:	M F				
	Declinar	Relación con el empleado:					
Dental	Agregar	Médico de atención primaria:	M F				
	Declinar	Nombre:					
Médica	Agregar	Nombre:	M F				
	Declinar	Relación con el empleado:					
Dental	Agregar	Médico de atención primaria:	M F				
	Declinar	Nombre:					

*Identidad de género (opcional): **A**-Agénero, **GF**-Género fluido, **GN**-Género no conforme, **GO**-Genderqueer (intergénero), **M**-Hombre, **NB**-No binario, **NL**-No enlistado, **P**-Prefiero no responder, **Q**-Cuestionando o inseguro/a, **TG**-Tercer género, **TM**-Hombre trans, **TW**-Mujer trans, **T**-Transgénero, **TS**-Dos espíritus, **W**-Mujer

Raza/origen étnico (opcional): Elija 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 Hawai/Isleño del Pacífico, **W**-Blanco/Caucásico.

Custodia infantil: Si usted, su cónyuge o su pareja doméstica son tutores designados por la corte o si están obligados a proveer una cobertura para un menor producto de una relación anterior, es necesario llenar esta sección (además de la anterior) y proporcionar una copia de los documentos legales que comprueben la responsabilidad de pagar los gastos médicos. Por favor utilice hojas adicionales si es necesario.

Nombre del menor _____ Nombre del padre/madre que tiene la custodia _____

Dirección postal _____ Persona obligada a proveer el seguro _____

Custodia legal:

Madre Padre
 Conjunta Otro

Información sobre cobertura médica y dental: ¿Ha tenido usted o alguna persona enlistada en esta solicitud un seguro médico o dental en los últimos 60 días?

Sí No Si la respuesta es "Sí", llene la siguiente sección y proporcione un comprobante con las fechas de cobertura.

Nombre de los miembros cubiertos	Compañía aseguradora	Fechas de cobertura	¿Continuará la cobertura?	Tipo(s) de cobertura
	Nombre de la compañía: Núm. de póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental
	Nombre de la compañía: Núm. de póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental
	Nombre de la compañía: Núm. de póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental
	Nombre de la compañía: Núm. de póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental
	Nombre de la compañía: Núm. de póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental

Exención de la cobertura médica—Si el empleado declina la cobertura médica

Tengo una cobertura médica calificada a través de (anote al nombre de la compañía e indique el tipo de cobertura):

Nombre de la compañía aseguradora _____

A través de: Mi otro empleador El empleador de mi cónyuge El empleador de mi padre/madre Medicare Medicaid VA/Tricare Indian Health Service

Tengo otra cobertura médica a través de una póliza individual. No tengo otra cobertura médica.

Exención de la cobertura dental—Si el empleado declina la cobertura dental

Tengo una cobertura dental calificada a través de (anote al nombre de la compañía e indique el tipo de cobertura):

Nombre de la compañía aseguradora _____

A través de: Mi otro empleador El empleador de mi cónyuge El empleador de mi padre/madre Medicare Medicaid VA/Tricare Indian Health Service

Tengo otra cobertura dental a través de una póliza individual. No tengo otra cobertura dental.

Aviso sobre derechos de inscripción: Si usted desea declinar la cobertura propia y/o de sus dependientes (incluyendo a su cónyuge/pareja doméstica) debido a que tiene otra cobertura de salud, es posible que usted y/o sus dependientes puedan inscribirse en este plan a futuro, siempre y cuando soliciten su inscripción dentro de un plazo de 60 días después de la terminación involuntaria de su otra cobertura o durante el siguiente periodo de inscripciones abiertas de su plan, a menos de que se especifique lo contrario en su manual del miembro.

Adicionalmente, si usted tiene un dependiente nuevo por motivos de matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción o acogimiento en adopción, es posible que usted y/o sus dependientes puedan inscribirse siempre y cuando soliciten su inscripción dentro de un plazo de 60 días a partir del matrimonio, el nacimiento, la adopción o el acogimiento en adopción.

Aceptación del suscriptor: Acepto y entiendo que PacificSource Health Plans puede solicitar o divulgar la información sobre mi salud o la salud de mis dependientes (personas enlistadas en este formulario de inscripción para recibir la cobertura de beneficios) con el propósito de facilitar las actividades de tratamiento y pago de los servicios de salud, además de las operaciones de negocios que sean necesarias para administrar los beneficios de salud y/o según lo requieran las leyes. Se utilizará una autorización por separado para esta información. Si desea obtener mayor información sobre el uso y la divulgación de esta información, por favor consulte nuestra Política de Privacidad en PacificSource.com.

Es un delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa con el propósito de obtener una cobertura de salud de forma fraudulenta. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Firma del empleado _____ **Fecha** _____

Al marcar el recuadro "Sí", usted otorga su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas seguras de PacificSource con respecto a su solicitud y/o estatus de inscripción, cambios en la cobertura del seguro, terminación de la cobertura e información sobre el plan y sus beneficios.

Estoy de acuerdo en recibir mensajes por email: Sí No Dirección de email _____

Estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto: Sí No Número de teléfono móvil _____

Para solicitar una copia impresa de su solicitud y/o de su información de inscripción sin costo alguno, envíe un email a Membership@PacificSource.com o llame al **866-999-5583**, TTY: 711.

Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Correo postal: PO Box 7068, Springfield, OR 97475 **Fax:** 541-225-3642