

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.

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.

¿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**, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

¿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 de seguro médico individual y familiar con PacificSource, visite la página "Shop Plans" en Shop.PacificSource.com/Individual. ¿Necesita usted ayuda? Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura de PacificSource al teléfono **855-330-2792**.

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

Núm. 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 PPO 0-20-50 1000
Dental PPO 0-20-50 1500

Kids Dental PPO 0-20-50
(cobertura para miembros de 18 años de edad y menores)

Estas pólizas incluyen una cobertura dental pediátrica que cumple con los requerimientos de la Ley para el Cuidado de la Salud Asequible (ACA).

3 Seleccione una fecha de cobertura

¿En qué fecha desea 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.

***Identidad de género** (opcional): **NB**-No binario, **TM**-Hombre trans, **TW**-Mujer trans

****Raza/origen étnico** (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 Hawái/Isleño del Pacífico, **W**-Blanco/Caucásico.

Elegibilidad para ICHRA

¿Se va a inscribir a un plan patrocinado por ICHRA? Sí No

Indique el nombre de su administrador de ICHRA en caso de que aplique _____

4 Solicitante o padre/tutor (obligatorio)

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) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) ____ Identidad de género* ____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ 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) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) ____ Identidad de género* ____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ 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) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) ____ Identidad de género* ____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) ____ Identidad de género* ____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) ____ Identidad de género* ____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) ____ Identidad de género* ____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) ____ Identidad de género* ____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Por favor utilice hojas adicionales si es necesario.

He anexado _____ hojas 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) aseguradora(s) (incluya dirección y número de teléfono, si lo conoce)

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

Fecha de inicio de la cobertura ____/____/____

Fecha de terminación de la cobertura ____/____/____

¿Está activa 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 la siguiente página del formulario de inscripción. 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.

Certificación de información completa y correcta

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.

Certifico que las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción son completas y correctas. Además, entiendo que si este formulario contiene información intencionalmente falsa o fraudulenta, PacificSource podrá modificar o cancelar el contrato y/o tomar cualquier otra acción legal disponible bajo la ley. 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 solicitante se considerarán como declaraciones realizadas en representación de cada una de las personas cubiertas por esta póliza. Sin embargo, los cambios a la información incluida en el formulario de inscripción no entrarán en vigor sino hasta que hayan sido aprobados por escrito por el solicitante. Cualquier formulario de inscripción que sea recibido por PacificSource y que requiera de modificaciones será modificado por enmienda y enviado al solicitante para su firma. Como solicitante, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información en mi expediente.

Consentimiento sobre comunicaciones electrónicas

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.

Este consentimiento continuará mientras siga vigente el plan en el cual usted se inscriba. Usted puede optar por dejar de recibir nuestros comunicados electrónicos en cualquier momento que lo desee poniéndose en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente al **888-977-9299**. Si usted desea solicitar una copia impresa de su solicitud y/o de su información de inscripción sin costo alguno, póngase en contacto con nosotros al email Individual@PacificSource.com o al teléfono **800-591-6579**. La comunicación por medios electrónicos se ofrece para mayor conveniencia solamente. Si usted opta por dejar de recibir las comunicaciones electrónicas, esto no afectará su inscripción. No se aplica cargo alguno por cambiar entre las comunicaciones electrónicas y aquellas impresas en papel.

A fin de llenar y enviar su solicitud por medios electrónicos, usted debe utilizar una computadora portátil u otro dispositivo capaz de acceder al Internet y visualizar archivos en formato PDF (formato de documento portátil). También es posible que PacificSource le envíe documentos en formato PDF como parte del proceso de solicitud. Usted puede obtener una copia gratuita del software para visualizar archivos PDF en Get.Adobe.com/Reader. PacificSource se toma muy en serio la seguridad de las comunicaciones y la información electrónica. Si usted tiene alguna duda sobre nuestros métodos de encriptación, el uso del hardware/software o nuestras políticas y procedimientos de seguridad, por favor póngase en contacto con nosotros al email Individual@PacificSource.com.

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 _____

He/hemos leído esta autorización y comprendo/comprendemos su información.

Solicitante o padre/tutor:

Nombre (con letra de imprenta) del Padre/madre Tutor Solicitante _____

Firma _____ 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 _____

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 titular de la póliza una copia de este formulario si así lo solicita. 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 solicitante acerca de cualquier disposición, beneficio, condición o limitación de la póliza, a excepción de los materiales impresos que han sido proporcionados por PacificSource. El solicitante 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 solicitante ha sido registrada de manera verdadera y precisa en este documento.

Nombre del solicitante (con letra de imprenta) _____

Nombre del agente (con letra de imprenta) _____

Núm. de agente de PacificSource _____

Firma del agente _____ Fecha _____

¿Cómo prefiere usted pagar las primas a futuro?

Usted debe pagar la prima del primer mes realizando el pago en línea en InTouch.PacificSource.com/OneTimePayment o enviando un cheque por correo. Esta póliza no entrará en vigor sino hasta que recibamos el pago inicial. *No aceptamos pagos de terceros, excepto cuando así lo requieran las leyes federales.*

Por favor indique su método de pago para pagar las primas a futuro.

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 Demorar las transferencias hasta _____(mes)

Información del banco

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 cambie la prima de la póliza individual, esta autorización se modificará automáticamente para autorizar el retiro de un monto equivalente a la nueva prima.

Nombre del solicitante o del padre/tutor (con letra de imprenta) _____ Fecha _____

Firma del titular de la cuenta bancaria _____ Fecha _____

Detalles importantes acerca del retiro automático de las primas mensuales:

- La configuración inicial tarda hasta 30 días. Si su póliza es aceptada y la cobertura inicia antes de que comiencen los retiros mensuales, es posible que usted tenga que pagar con cheque o en línea 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.

¿Está usted listo para enviar su solicitud?

¿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?

¿Ha incluido el pago de la prima correspondiente al primer mes (obligatorio antes de que la póliza entre en vigor)?

¿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!