

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**.

¿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. Para obtener más información, acceda a "Shop Plans (Contratar un Plan)" en PacificSource.com.

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)

☐ 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 Advantage 0-20-50 1000

Dental Advantage 0-20-50 1500

Kids Dental Advantage 0-20-50 (cobertura 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 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.

***Raza/origen étnico**(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 Hawai/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 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) _____

Género (M/F) _____ 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) _____

Género (M/F) _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico* _____ 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 étnico* _____ 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 étnico* _____ 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 étnico* _____ 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 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 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.

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 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 (con letra de imprenta) del _____ Padre ó 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 la información contenida en 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. 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) _____

Núm. 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: La prima del primer mes solamente se puede pagar 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 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 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 titular de la póliza (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 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?

¿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!

Discrimination is Against the Law

PacificSource Health Plans ("PacificSource") complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. PacificSource does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

PacificSource:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at (888) 977-9299.

If you believe that PacificSource has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068, (888) 977-9299, TTY: 711, Fax (541) 684-5264, or email CRC@pacificsource.com. Please indicate you wish to file a civil rights grievance. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Customer Service Department is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Amharic	ይህ ማስታወቂያ አስፈላጊ መረጃ ይዟል። ይህ ማስታወቂያ ስለ ማመልከቻዎ ወይም የPacificSource Health Plans ሽፋን አስፈላጊ መረጃ አለው። በዚህ ማስታወቂያ ውስጥ ቁልፍ ቀኖችን ፈልጉ። የጤናን ሽፋንዎን ለመጠበቅና በአካፋፈል እርዳታ ለማግኘት በተውሰኑ የጊዜ ገደቦች እርምጃ መውሰድ ይገባዎት ይሆናል። ይህን መረጃ እንዲያገኙ እና ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታ እንዲያገኙ መብት አለዎት። (888) 977-9299 ይደውሉ።
Arabic	يحتوي هذا الإشعار معلومات هامة. يحتوي هذا الإشعار معلومات مهمة بخصوص طلبك للحصول على التغطية من خلال PacificSource Health Plans. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ اجراء في تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية او للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على المعلومات والمساعدة بلغتك (888) 9299-977 من دون أي تكلفة. اتصل بـ

Bantu-Kirundi	Iyi notice ifise akamaro k'ingenzi. Iyi notice ifise akamaro kingene utegerezwa gusaba canke ivyerekeye PacificSource Health Plans, ucuraba ko ibikenewe kuriyi notice, ushobora gufata umwanzuro ukungene wokurikirana ubuzima bwawe uburihiye. Kandi ukongera kugira uburenganzira bwo kwigenga kuronka amakuru n'ubufasha mu rurimi gwawe atacyo utanze. Hamagara (888) 977-9299.
Cambodian-Mon-Khmer	បសចក្រីជូន័ន័ណឹងបនេះ ម្តងពីរ័ម្តងយា៉ា ងសំខាន់ ។ បសចក្រីជូន័ន័ណឹងបនេះ ម្តងពីរ័ម្តងយា៉ា ងសំខាន់ អុំពីរ័ប្រង់ដររេ ឬ ការរ៉ា រង រស់អ្នកតាមរយៈ PacificSource Health Plans។ សូមដងែងរកកាលរិបចេសំខាន់ចាច់ បៅកនុងបសចក្រីជូន័ន័ណឹងបនេះ ។ អ្នកប្រងែលជាបុរ័ន័ការរបចេញសកមមភាព រ័លកំណែថ្ងៃជាកំចាស់នានា បែរឹមបីនីងរកាេកការរ៉ា រង សុខភាពរស់អ្នក ឬបុកំជំនួយបចេញថ្ងៃ ។ អ្នកម្តងសិរ័ន័លពីរ័ម្តងបនេះ នឹងជំនួយបៅកនុងភាសារស់អ្នកបោយមិនអ្សលុយបរឹយ ។ សូមេរស័ពទ (888) 977-9299។
Chinese	本通知含有重要的訊息。本通知對於您透過 PacificSource Health Plans 所提出的申請或保險有重要的訊息。請在本通知中查看重要的日期。您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢。您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 請致電 (888) 977-9299。
Cushite-Oromo	Beeksisni kun odeeffannoo barbaachisaa qaba. Beeksisti kun sagantaa yookan karaa PacificSource Health Plans tiin tajaajila keessan ilaalchisee odeeffannoo barbaachisaa qaba. Guyyaawwan murteessaa ta'an beeksisa kana keessatti ilaalaa. Tarii kaffaltiidhaan deeggaramuuf yookan tajaajila fayyaa keessaniif guyyaa dhumaa irratti wanti raawwattan jiraachuu danda'a. Kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabaattu. Lakkoofsa bilbilaa (888) 977-9299 tii bilbilaa.
French	Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de PacificSource Health Plans. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez (888) 977-9299.
German	Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch PacificSource Health Plans. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter (888) 977-9299.
Italian	Questo avviso contiene informazioni importanti sulla tua domanda o copertura attraverso PacificSource Health Plans. Cerca le date chiave in questo avviso. Potrebbe essere necessario un tuo intervento entro una scadenza determinata per consentirti di mantenere la tua copertura o sovvenzione. Hai il diritto di ottenere queste informazioni e assistenza nella tua lingua gratuitamente. Chiama (888) 977-9299.
Japanese	この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、PacificSource Health Plans の申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。(888) 977-9299までお電話ください。

Russian	Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через PacificSource Health Plans. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону (888) 977-9299.
Serbo-Croatian	U ovom obavještenju su sadržane važne informacije. U ovom obavještenju su sadržane važne informacije o Vašoj prijavi ili osiguranju preko PacificSource Health Plans. Pogledajte nalaze li se u ovom obavještenju neki ključni datumi. Možda ćete morati poduzeti određenje radnje u datom roku kako biste i dalje zadržali svoje osiguranje ili pomoć pri plaćanju. Imate pravo da ove informacije, kao i pomoć, dobijete besplatno na svom jeziku. Nazovite (888) 977-9299.
Spanish	Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de PacificSource Health Plans. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al (888) 977-9299.
Tagalog	Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng PacificSource Health Plans. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa (888) 977-9299.
Thai	ประกาศนี้มีข้อมูลสำคัญประกาศนี้มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการการสมัครหรือขอเขตประกันสุขภาพของคุณผ่าน PacificSource Health Plans ดูกำหนดการในประกาศนี้คุณอาจจะต้องดำเนินการภายในกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนเพื่อจะรักษาการประกันสุขภาพของคุณหรือการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่ายคุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือนี้ในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่ายโทร (888) 977-9299.
Ukrainian	Це повідомлення містить важливу інформацію. Це повідомлення містить важливу інформацію про Ваше звернення щодо страхувального покриття через PacificSource Health Plans. Зверніть увагу на ключові дати, вказані у цьому повідомленні. Існує імовірність того, що Вам треба буде здійснити певні кроки у конкретні кінцеві строки для того, щоб зберегти Ваше медичне страхування або отримати фінансову допомогу. У Вас є право на отримання цієї інформації та допомоги безкоштовно на Вашій рідній мові. Дзвоніть за номером телефону (888) 977-9299.
Vietnamese	Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình PacificSource Health Plans. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Xin gọi số (888) 977-9299.