

## ¡Muchas gracias por elegir a PacificSource!

Usted también puede inscribirse en línea en [PacificSource.com](https://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).
- 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).
- Comprobante de cobertura anterior si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas. Por favor proporcione un certificado de cobertura acreditable y la fecha de terminación de la cobertura anterior.
- El nombre del médico de atención primaria de todos los miembros de la familia que vayan a inscribirse.

### Usted es elegible para inscribirse siempre y cuando:

- Usted y sus dependientes (en caso de que se inscriban) no están recibiendo beneficios bajo Medicare Parte A o Medicare Parte B ni están inscritos en un plan Medicare Choice o Advantage.
- Usted es un residente del estado de Oregon.
- Su cónyuge /pareja doméstica (en caso de que aplique) legalmente es su cónyuge legal/pareja doméstica.
- Sus hijos o los hijos de su cónyuge legal/pareja doméstica (en caso de que aplique) son sus hijos naturales o adoptados menores de 26 años de edad o usted es su tutor legal.
- Su empleador no pagará ni le reembolsará cualquier parte de la prima. Usted puede recibir un reembolso si su empleador ofrece una cuenta de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA).

**Nota:** Si usted es elegible para recibir asistencia financiera federal, deberá solicitar la cobertura a través de [HealthCare.gov](https://HealthCare.gov).

### ¿Necesita usted ayuda?

Si usted tiene alguna duda sobre cualquier sección de este formulario de inscripción, podemos ayudarle con gusto. Llámenos al teléfono **855-330-2729**, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

### ¿Qué sucede cuando recibimos su solicitud?

Comenzaremos a procesar su solicitud. Si usted cumple con los requisitos y realiza el pago, en las próximas semanas recibirá varias cosas de nosotros. Para recibir la información de una manera más rápida, incluya su dirección de email en la solicitud.

1. Un Resumen de Beneficios y Cobertura
2. Información para miembros nuevos
3. Su(s) tarjeta(s) de identificación
4. Su póliza completa

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

**Esta solicitud es para una cobertura médica individual de PacificSource.** Si usted solamente desea inscribirse en una cobertura dental con PacificSource, por favor llene el Formulario de Inscripción Individual y Familiar del plan dental en vez de este documento. Visite [Shop.PacificSource.com/individual](http://Shop.PacificSource.com/individual). Después de responder a algunas preguntas, haga click en **Planes Dentales**. ¿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)

### 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  
(Llene la sección 6)
  - Cambiar mi plan como se indica abajo

## Fechas de vigencia de la cobertura

**Motivo de inscripción:**    Evento calificativo (explique abajo)    Periodo de inscripciones abiertas  
 Evento calificativo \_\_\_\_\_ Fecha del evento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 ¿En qué fecha desea iniciar su cobertura? \_\_\_\_/\_\_\_\_ mes/año.

Es necesario presentar la documentación correspondiente si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas o si agrega dependientes.

## 2 Elija un plan médico

Para conocer la información sobre los beneficios de su plan, por favor visite [PacificSource.com](http://PacificSource.com) o consulte el folleto de nuestro Plan Individual y Familiar de Oregon.

### Navigator

Disponible en todo el estado.

Plan Catastrófico <sup>†</sup>	Silver 3900	Bronze 9100	Standard Bronze
Gold 1500	Silver 4000	Bronze HSA 7050	
Silver 3400	Silver 4900	Standard Gold	
Silver 3500	Bronze 7000	Standard Silver	

<sup>†</sup>El plan Catastrófico está disponible para personas que tengan menos de 30 años de edad al inicio del año del plan. Las personas de 30 años de edad y mayores pueden visitar el Mercado de Seguros de Salud de Oregon para determinar si son elegibles debido a una adversidad financiera o a la falta de una cobertura asequible (económica).

Esta póliza no incluye una cobertura dental pediátrica, misma que es considerada como un beneficio de salud esencial según la Ley para el Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act). En el mercado de seguros se puede contratar una póliza dental pediátrica por separado. Por favor consulte a su agente de seguros, a PacificSource o al mercado de seguros de su estado si usted desea contratar una póliza de cuidados dentales por separado.

Si usted está intentando contratar este plan por fuera del mercado de seguros, no será elegible para contratarlo a menos de que usted actualmente tenga o vaya a obtener una cobertura con un plan de salud calificado (QHP)-plan dental pediátrico certificado con cualquier aseguradora. Esto aplica a los adultos y a los menores de edad. Ofrecemos planes dentales pediátricos con certificación QHP, mismos que usted es elegible para contratar a través del mercado de seguros o directamente con PacificSource. Por favor visite [PacificSource.com](http://PacificSource.com) o póngase en contacto con su agente de seguros para obtener más información.

**3****Elija un plan dental (Si usted no desea la cobertura dental, continúe con la siguiente sección).**

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)

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

**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. Si uno de sus hijos es mayor de 26 años de edad y ha sido médicamente certificado como persona discapacitada que depende de sus padres, será necesario proporcionar una copia del certificado.

**\*Identidad de género** (opcional): **A**-Agénero, **F**-Femenino/mujer, **GF**-Género fluido, **GN**-Género no conforme, **GQ**-Genderqueer (intergénero), **M**-Masculino/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

**\*\*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.

**\*\*\***Uso de tabaco en promedio cuatro o más veces por semana durante los últimos seis meses. Incluye cualquier producto del tabaco, a excepción de los usos religiosos o ceremoniales.

**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 aquí.

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 \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

¿Utiliza usted productos del tabaco?\*\*\* Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿el uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales de los Nativos Americanos o los Nativos de Alaska? Sí No

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) \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

¿Utiliza usted productos del tabaco?\*\*\* Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿el uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales de los Nativos Americanos o los Nativos de Alaska? Sí No

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) \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

¿Utiliza usted productos del tabaco?\*\*\* Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿el uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales de los Nativos Americanos o los Nativos de Alaska? Sí No

**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) \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

¿Utiliza usted productos del tabaco?\*\*\* Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿el uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales de los Nativos Americanos o los Nativos de Alaska? Sí No

**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) \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

¿Utiliza usted productos del tabaco?\*\*\* Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿el uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales de los Nativos Americanos o los Nativos de Alaska? Sí No

Por favor utilice hojas adicionales si es necesario. He anexado \_\_\_\_\_ página(s)

## 7 Información sobre mis otros seguros

Por favor indique la cobertura de cualquier seguro de salud o dental más reciente que usted o alguno de los miembros de la familia enlistados en este formulario de inscripción hayan tenido, incluyendo seguros comerciales (seguro de grupo del empleador o seguro individual), Medicaid, Medicare, Medicare Advantage, seguro suplementario de Medicare o una cobertura dental pediátrica.

Sin cobertura previa

Nombre de la(s) otra(s) aseguradora(s) (incluya dirección y número de teléfono, si lo conoce)

---

Tipo de cobertura (marque todas las opciones que apliquen)

Médico      Visual      Dental pediátrica      Dental para adultos o familia

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" que aparece en la parte superior de la página siguiente, 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 y terminación de la cobertura.

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 equipo de Servicio al Cliente al teléfono **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](mailto: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](http://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](mailto:Individual@PacificSource.com).

Estoy de acuerdo:    Sí        No    Dirección de email \_\_\_\_\_

**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.**

**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 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](https://www.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 (transferencia electrónica de fondos o 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 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.

## 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?

¿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](mailto:Individual@PacificSource.com)

**Fax:** 541-225-3646

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

¡Muchas gracias por inscribirse!