

Solicitud de inscripción/cambio (para grupos 1-50)

Escriba en letra de molde con tinta negra. La información incompleta y/o ilegible puede dar como resultado un retraso en la cobertura. Escriba "N/A" si la información no aplica. **El formulario debe de estar firmado y fechado o será devuelto.**

ADMINISTRADOR DEL GRUPO: Esta sección debe ser completada por el Administrador del grupo.				
Número de grupo	Subgrupo	Clase	Nombre del grupo	Fecha de vigencia solicitada
Horas a la semana	Fecha original de la contratación	Fecha de contratación a tiempo completo	Fecha de inicio del período de espera de elegibilidad	

SECCIÓN 1 – NUEVA INSCRIPCIÓN, CAMBIO O CANCELACIÓN

Apellido del empleado	Primer nombre	Iniciales del segundo nombre		
Dirección postal del empleado	Ciudad	Estado	Código postal	
Domicilio físico del empleado (mismo que el de dirección postal <input type="checkbox"/>)	Ciudad	Estado	Código postal	
Idioma principal	Número de teléfono durante el día	Dirección de correo electrónico		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado/Pareja de hecho registrada en Oregon <input type="checkbox"/> Pareja doméstica no registrada (debe presentar un Affidavit de pareja doméstica que califique)				

Inscripción nueva/Cancelación	Inscripción especial	Cambios
Fecha del evento: _____	Fecha del evento: _____	<input type="checkbox"/> Cambios de nombre
<input type="checkbox"/> Grupo nuevo/contratación nueva	<input type="checkbox"/> Nacimiento/adopción	Nombre nuevo: _____
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura (completar Sección 5)	Nombre anterior: _____
<input type="checkbox"/> Reconstratación	<input type="checkbox"/> Matrimonio/Sociedad doméstica elegible	<input type="checkbox"/> Cambio de dirección - ingresar arriba
<input type="checkbox"/> Finalización	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Elección del Plan

SECCIÓN 2 – SELECCIÓN DEL PLAN

Consulte con su Administrador del grupo para conocer las opciones del plan disponibles para usted.

Dental	Médico
<input type="checkbox"/> Dental	Nivel de metal seleccionado: <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze
<input type="checkbox"/> Sin cobertura dental	<input type="checkbox"/> Sin cobertura médica
Ingrese su monto de deducible: \$ _____	

Únicamente planes de salud HSA (cuenta de ahorros de salud): Si su empleador se asocia con HealthEquity para su cuenta bancaria HSA, esta se le creará automáticamente. No se requiere más acción de su parte; sin embargo, usted tiene las siguientes alternativas:

- Enviar mis datos de reclamaciones a HealthEquity. He leído y estoy de acuerdo con el *Formulario de autorización de HSA*.
- No, no quiero una HealthEquity HSA.



SECCIÓN 2 – SELECCIÓN DEL PLAN (continuación)

Solo planes estandarizados: La ley federal exige que usted tenga beneficios dentales pediátricos (para toda persona menor de 19 años), pero la ley de Oregon los prohíbe en planes estandarizados. No podemos emitir un plan estandarizado sin la garantía a continuación de que usted y todos por los que usted presenta la solicitud tengan o tendrán un plan dental pediátrico certificado de intercambio.

Si marco esta casilla, es porque yo garantizo que tengo cobertura de plan dental pediátrico del tipo, y para todas las personas, según se describe a continuación.

SECCIÓN 3 – MIEMBROS QUE SE INSCRIBEN

Enumere todos los miembros para quienes está agregando, cambiando o cancelando los beneficios Médicos (M) y/o Dentales (D).

Agregar	Cancelar	Beneficios	Sexo	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Empleado/Suscriptor			YO MISMO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

Esto confirma que cualquier empleado y/o dependiente para quien se haya solicitado una cancelación retroactiva por demora administrativa no tuvo expectativa de cobertura y no ha pagado ninguna prima luego de la fecha de cancelación solicitada.

Firma del administrador del grupo: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 4 – INSCRIPCIÓN DE CONTINUACIÓN DE COBRA O NO COBRA

Usted y/o sus dependientes pueden tener derecho a la continuación de COBRA o no COBRA por pérdida de cobertura actual. Seleccione una opción para continuar con la cobertura a continuación, o seleccione "Ninguna" si no elige.

Las razones del derecho a la cobertura incluyen pérdida de cobertura debido a: Terminación de la relación laboral; El hijo inscrito ya no cumple con los requisitos; Derecho a Medicare; Reducción de horas; Divorcio/Terminación de sociedad doméstica; Muerte

Tipo de continuación: COBRA No continuación de COBRA Ninguno

Razones del derecho a la cobertura: _____ Fecha del evento: _____

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN DE LA COBERTURA ACTUAL Y ANTERIOR

Nota: Si se proporciona cobertura para un hijo(s) inscrito(s) de un matrimonio o relación anterior, adjunte una copia de la documentación del tribunal que muestre quién es responsable del seguro médico de los hijos para que la aseguradora pueda determinar a quién le corresponde la cobertura primaria.

Nombres de los miembros cubiertos	Compañía aseguradora	Fechas de cobertura	Continuación de la cobertura	Tipo de producto y cobertura
	Nombre de la aseguradora:	Inicio:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual
	Número de póliza:	Fin:		Tipo de producto: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Teléfono de la aseguradora:			Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D

Motivo para derecho a Medicare (si corresponde): Edad Discapacidad Elegibilidad doble ERET

Si necesita más espacio, solicite a su administrador de grupo un formulario adicional.



SECCIÓN 6 – FIRMA DEL SOLICITANTE

He revisado y aceptado las disposiciones establecidas en la sección de Reconocimientos y autorizaciones a continuación.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 7 – RECONOCIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

Por este medio, solicito la inscripción, el cambio o la cancelación de la cobertura según lo indicado anteriormente. Cualquier cobertura será según el contrato maestro entre Regence y mi empleador, y sujeto a los términos y las condiciones del certificado emitido bajo el mismo. Acepto las disposiciones de inscripción del Empleador y certifico que aquellas en las que busco inscribirme cumplen el criterio de elegibilidad. Comprendo que la cobertura no comienza hasta que cumpla el período de espera para la elegibilidad del empleador publicado en los registros de Regence.

Renuncio a la cobertura de cualquier persona que califique que no haya sido incluida en esta solicitud. Puedo inscribirme, o puedo inscribir a cualquier otra persona exonerada en un periodo posterior durante el período de inscripción anual de mi grupo o en un periodo de inscripción especial. Si renuncio a la cobertura para mí mismo o para cualquiera de mis dependientes debido a otra cobertura de salud, puedo inscribir a las personas que han renunciado a la cobertura si solicito la inscripción en un plazo de 30 días posteriores a la fecha de finalización de la otra cobertura. Además, puedo inscribirme o inscribir a los dependientes nuevos en el plazo de 30 días después del matrimonio o de la condición de pareja de hecho, o en el plazo de 60 días después de un nacimiento, adopción o entrega en adopción. Llame al 1 (800) 505-6801 para obtener información adicional sobre estas normas.

Esta solicitud se transformará en parte del contrato entre Regence y mi empleador, y comprendo que solo un funcionario de Regence puede cambiar los términos del contrato maestro, sus enmiendas o esta solicitud. Autorizo a mi empleador para actuar como mi agente en todos los asuntos administrativos de la cobertura colectiva, y reconozco que mi empleador de ninguna manera actúa como agente de Regence. Estoy de acuerdo en pagar las tarifas apropiadas de las primas para mí mismo y los dependientes que se inscriban por adelantado, y autorizo la deducción de las primas de la nómina de pago según corresponda.

Autorizo a cualquier fuente a divulgar a Regence cualquier información médica, de salud, de empleo y/o de seguro, que se solicite de cualquier miembro inscrito. Reconozco y entiendo que Regence puede solicitar o divulgar información de salud, que no sea notas de psicoterapia (para las cuales se usará una autorización separada), sobre mí o mis dependientes registrados de vez en cuando para facilitar el tratamiento o pago de atención médica, para asistir con las operaciones necesarias para administrar los beneficios del cuidado de la salud, o como lo requiere la ley.

En este Aviso de Prácticas de Privacidad, se proporciona más información sobre los usos y las divulgaciones de información de Regence, disponible en regence.com o si llama a servicio al cliente.

Comprendo que podría no haber proveedores participantes en todas las áreas de especialización.

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa y entiendo que Regence confiará en esa información para tomar determinaciones sobre cobertura y clasificación. Para protección de todos los miembros, el fraude o la falsa declaración de hechos importantes de mi parte con el propósito de cometer fraude en contra de Regence puede ocasionar que Regence tome cualquier medida permitida por la ley o el contrato, incluyendo la terminación o rescisión de la cobertura y/o denegación de beneficios, y/o podría enjuiciarme por fraude de seguros.

Regence BlueCross BlueShield of Oregon: 100 SW Market Street, Portland, OR 97201



NONDISCRIMINATION NOTICE

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

Regence:

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, and 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 listed above, please contact:

Medicare Customer Service

1-800-541-8981 (TTY: 711)

Customer Service for all other plans

1-888-344-6347 (TTY: 711)

If you believe that Regence 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 our civil rights coordinator below:

Medicare Customer Service

Civil Rights Coordinator

MS: B32AG, PO Box 1827

Medford, OR 97501

1-866-749-0355, (TTY: 711)

Fax: 1-888-309-8784

medicareappeals@regence.com

Customer Service for all other plans

Civil Rights Coordinator

MS CS B32B, P.O. Box 1271

Portland, OR 97207-1271

1-888-344-6347, (TTY: 711)

CS@regence.com

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 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, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

Language assistance

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-344-6347 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)::

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिक्टाइप: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີຜ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajjila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-344-6347 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذاكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم 711 TTY)