



# Formulario de inscripción médica y odontológica

SEIU Filial 503, OPEU PO Box 12159, Salem, OR 97309-0159 Teléfono: (503) 364-HUBB (4822) u (866) 364-HUBB (4822) Fax: (503) 581-1664

Complete todas las secciones de este formulario.

## Sección A Información del empleado (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Nuevo afiliado

Reinscripción

Nombre (Apellido)	(Primer nombre)	Inicial del Seg. Nom.	Nº de seguro social	Nº de proveedor
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	
Domicilio postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	
Condado de residencia	Teléfono del domicilio	Teléfono alternativo (si está disponible)		
Fecha de nacimiento	Sexo	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Dirección de correo electrónico	

## Sección B Elección del plan médico y odontológico (según su área de servicio)

Seleccione un plan médico:

HMO médico de Kaiser de Permanente (Kaiser Permanente Medical HMO)  
Para empleados que viven dentro del área de servicio de Kaiser.

Plan médico de ODS (ODS Medical Plan)  
Para empleados que viven fuera del área de servicio de Kaiser.  
Proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

Seleccione un plan odontológico:

Plan odontológico de Kaiser Permanente (Kaiser Permanente Dental Plan)  
Para empleados que viven dentro del área de servicio de Kaiser.

Servicio odontológico de Oregon (Oregon Dental Service - ODS)  
Para empleados que viven en cualquier parte del estado de Oregon.

## Sección C Información de dependientes y elección del plan (cobertura opcional, contribución del empleado requerida)

Enuncie todos los dependientes elegibles que desea cubrir. Si extiende la cobertura a una pareja doméstica, hijos de la pareja o hijo dependiente bajo un fallo judicial o administrativo, se debe adjuntar o archivar la documentación correspondiente. Anote el código correspondiente para identificar la relación. Usted paga la prima mensual adicional.

Códigos de relación: **SP**=cónyuge, **DP**=pareja doméstica, **CH**=hijo del empleado y/o del cónyuge, **DPCH**=hijo de la pareja doméstica, **DOCCH**=hijo por documentación

Nombre (apellido, primer nombre e inicial del Seg. Nom.)	Nº de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación (Ver códigos arriba)	Elección del plan Médico y Odontológico		Si está inscrito en un Plan Médico ODS, indique un proveedor de atención primaria (PCP)
			M / F		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			M / F		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			M / F		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			M / F		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Adjunte una hoja para agregar dependientes.

## Sección D Otra cobertura médica y odontológica

¿Usted o alguno de sus dependientes están cubiertos por otro plan grupal o individual?

Médico  no  sí (de ser sí, complete lo siguiente):  
Odontológico  no  sí (de ser sí, complete lo siguiente):

Persona(s) con otra cobertura \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Nº de póliza \_\_\_\_\_ Nº de grupo \_\_\_\_\_ Fecha efectiva \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

¿Usted o un dependiente está cubierto por Medicare o Beneficios para Veteranos?  sí  no

¿Usted o alguno de sus dependientes estuvo cubierto por otro plan grupal o individual en cualquier momento durante los últimos 63 días antes de la fecha de su inscripción en este plan?

NO  SÍ (Adjunte el Certificado de Cobertura Acreditable de su plan de salud actual o anterior. Cualquier cobertura de salud acreditable anterior podría reducir el periodo de carencia.)

## Sección E Autorización (Entiendo y autorizo)

Mi elección de beneficios, como lo indica este formulario, estará vigente mientras cumpla con los requerimientos de elegibilidad o hasta que yo elija modificarla conforme las disposiciones del plan.

Con mi firma reconozco que la información que he suministrado en este formulario es verdadera y correcta, y que he leído y aceptado los requerimientos, términos, condiciones, limitaciones y disposiciones del programa de seguro de la HUBB. Asimismo, con mi firma reconozco que la HUBB, el FHIAP y las compañías de seguro pueden solicitar o divulgar mi información de salud ocasionalmente a los efectos de posibilitar el pago o tratamiento de la atención de la salud o a los efectos de las operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de la atención de la salud. Con mi firma autorizo a la HUBB, al FHIAP y al Estado de Oregon, según corresponda, a utilizar los números de Seguro Social (SSN) mío y de los miembros de mi familia y a divulgar mi SSN a terceros según sea necesario para confirmar la elegibilidad.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que firme y presente un nuevo Formulario de Inscripción Médica y Odontológica.

Firma del empleado

Fecha

Conserve una copia para su archivo.

04/11 HUBB

\*FOR OFFICE USE ONLY\*