



Formulario de solicitud para inscripción y cambio de información

Sólo plan dental (5-99)

Uso exclusivo de ODS

Número de grupo _____

Número de suscriptor _____

*Grupo o empleador: _____ *Identificación del grupo: _____ *Identificación o nombre del subgrupo: _____ *Clase: _____

<p>*Cobertura:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cobertura dental</p> <p><input type="checkbox"/> ODS Dental</p> <p><input type="checkbox"/> DirectOption (Willamette Dental)</p>	<p>Tipo de solicitud</p> <p><input type="checkbox"/> Nueva inscripción o recontractación Fecha de entrada en vigencia: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Inscripción abierta Fecha de entrada en vigencia: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cancelar a un dependiente Fecha de entrada en vigencia: _____ Motivo: _____</p> <p>Enumere los dependientes que va a cancelar en la sección "Dependiente".</p> <p><input type="checkbox"/> COBRA Fecha de entrada en vigencia: _____</p>	<p>Cambios</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de domicilio <input type="checkbox"/> Cambio de nombre Nombre anterior: _____ Nombre nuevo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Agregar dependientes. Enumere los dependientes para agregar en la sección "Dependiente". Es necesaria una fecha de evento habilitante cuando se agregan dependientes, salvo que se agreguen durante la inscripción abierta.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> Fecha de nacimiento de un recién nacido: _____ Fecha de colocación en adopción: _____ (Es necesaria la documentación de la adopción con la inscripción) Fecha de casamiento: _____ (Es necesario el certificado de matrimonio con la inscripción) Declaración jurada de unión de hecho Fecha: _____ (Es necesaria la declaración jurada de pareja de hecho con la inscripción) </td> <td style="width: 33%;"> Tutor designado por un juzgado Fecha: _____ (Es necesaria la orden judicial de la custodia legal con la inscripción) Pérdida de cobertura colectiva Fecha: _____ </td> <td style="width: 33%;"> Pareja de hecho registrada en Oregon Fecha: _____ (Es necesario el certificado de unión de hecho registrada con la inscripción) </td> </tr> </table>	Fecha de nacimiento de un recién nacido: _____ Fecha de colocación en adopción: _____ (Es necesaria la documentación de la adopción con la inscripción) Fecha de casamiento: _____ (Es necesario el certificado de matrimonio con la inscripción) Declaración jurada de unión de hecho Fecha: _____ (Es necesaria la declaración jurada de pareja de hecho con la inscripción)	Tutor designado por un juzgado Fecha: _____ (Es necesaria la orden judicial de la custodia legal con la inscripción) Pérdida de cobertura colectiva Fecha: _____	Pareja de hecho registrada en Oregon Fecha: _____ (Es necesario el certificado de unión de hecho registrada con la inscripción)
Fecha de nacimiento de un recién nacido: _____ Fecha de colocación en adopción: _____ (Es necesaria la documentación de la adopción con la inscripción) Fecha de casamiento: _____ (Es necesario el certificado de matrimonio con la inscripción) Declaración jurada de unión de hecho Fecha: _____ (Es necesaria la declaración jurada de pareja de hecho con la inscripción)	Tutor designado por un juzgado Fecha: _____ (Es necesaria la orden judicial de la custodia legal con la inscripción) Pérdida de cobertura colectiva Fecha: _____	Pareja de hecho registrada en Oregon Fecha: _____ (Es necesario el certificado de unión de hecho registrada con la inscripción)			

Llene este formulario y firme al dorso. Escriba a máquina o en letra de molde legible y con tinta. ¡Gracias!

*Nombre del empleado	Inicial del segundo nombre	*Apellido	*Fecha de nacimiento mm/dd/aa	*Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	*Fecha de empleo mm/dd/aa
*Domicilio del empleado	*Ciudad	*Estado	*Código postal	*N.º de Seguro Social del empleado	Número de teléfono particular
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			Dirección de correo electrónico		

Código de parentesco: SP = Cónyuge, DP = Pareja de hecho, RDP = Pareja de hecho registrada (DP y RDP sólo si son parte de su plan)

Agregar	Cancelar	*Nombre *Primer	Inicial del segundo nombre	*Apellido	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Parentesco	*Número de Seguro Social	Idioma principal (si es distinto al del empleado)	Dirección de correo electrónico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> RDP			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hijo/a	N/D		N/D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hijo/a	N/D		N/D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hijo/a	N/D		N/D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Bajo tutela judicial	N/D		N/D

Otro seguro (coordinación de beneficios)

¿El empleado o alguno de los dependientes tendrán otro seguro? Dental Ningún otro seguro dental

Solicitud de inscripción en ODS

Es MUY importante que el empleado firme y coloque la fecha a continuación. ¡Gracias!

Definición de hijos dependientes cubiertos

Un hijo soltero tiene derecho a participar en la cobertura si cumple con los requisitos de participación de dependientes del plan del empleado. Consulte el Manual del miembro para obtener más información. **Los siguientes son hijos dependientes con derecho a participar:**

- Su hijo natural
- Su hijastro o hijo adoptivo
- Hijos que viven con usted en espera de la adopción
- Los hijos recién nacidos de un dependiente cubierto, por quien usted sea financieramente responsable (la tutela legal para la cobertura después de los 31 días es obligatoria)
- Hijos con parentesco sanguíneo o por matrimonio de quienes usted sea el tutor legal. (Deberá anexar una orden judicial firmada que demuestre la tutela legal)
- Los hijos adoptivos de su pareja de hecho (si fuera parte del plan del empleador)
- Los hijos adoptivos de su pareja de hecho registrada (si fuera parte del plan del empleador)

Por favor lea y firme a continuación.

Acepto y entiendo que mi plan de salud podría solicitar o divulgar datos médicos sobre mí o mis dependientes (personas que figuran en el formulario de inscripción para la cobertura de beneficios) para fines de facilitar el tratamiento o el pago de la atención médica, o a los efectos de operaciones comerciales necesarias para administrar beneficios de atención médica, o según lo exija la ley*. Los datos médicos solicitados o divulgados pueden estar relacionados con el tratamiento o los servicios suministrados por:

- un médico, dentista, farmacéutico u otro médico o profesional de la atención médica conductual;
- una clínica, hospital, centro de atención a largo plazo u otro centro médico;
- cualquier otra institución que ofrezca atención, tratamiento, consulta, productos farmacéuticos o suministros o;
- una compañía de seguro o plan de salud colectivo.

Certifico que la información que figura en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que mi formulario de inscripción se demorará si todos los campos en color rojo no se llenan en su totalidad.

***X**

Los datos médicos solicitados o divulgados pueden incluir, entre otros: registros de reclamaciones, correspondencia, registros médicos, estados de cuenta de facturación, informes de diagnósticos por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales u hospitalarios (inclusive registros de enfermería y notas del progreso).

Esta aceptación no es parte de la obtención de información sobre VIH o sida, notas de psicoterapia, alcoholismo o drogadicción y pruebas genéticas. Se utilizará una autorización por separado en relación con estas afecciones médicas.

Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, inclusive los usos y divulgaciones exigidos por ley, consulte el "Aviso de prácticas de confidencialidad". Llame a la Oficina de confidencialidad al 503-243-4492 para obtener una copia.

***Fecha:**

NECESARIO