



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA SOLICITAR ELECT

Gracias por solicitar una póliza de salud individual tipo Elect de PacificSource. Antes de enviarnos su solicitud sírvase asegurarse de:

- Elegir un plan y un deducible.
- Marcar claramente "sí" o "no" para indicar si su empleador pagará alguna porción de la prima.

Sección 1- Información del solicitante:

- Escriba el nombre completo, la altura, el peso y la fecha de nacimiento de **todos** los solicitantes.

Sección 2 – Declaración de salud según los estándares de Oregon:

- Marque claramente **todas** las preguntas contestando "sí" o "no".
- Si tiene alguna afección que no se mencione, marque "sí" en la pregunta 53, parte "a".
- Para **todas** las preguntas a las que conteste "sí", **debe proporcionar detalles del historial de salud:**
 - o Nombre del paciente y número de la pregunta pertinente;
 - o Fechas de tratamiento, incluyendo la primera y última vez que le vieron por cada afección, o la fecha en que tiene una cita para que le vean la próxima vez;
 - o Descripción y tratamiento para cada afección. Si toma algún medicamento como tratamiento, sírvase proporcionar también el nombre y la dosis de todos los medicamentos en la pregunta 54;
 - o Resultado final (indique "en marcha" o "resuelto"); y
 - o Escriba el nombre completo, la dirección y el número de teléfono de los médicos que le atienden o los hospitales.

Sección 5 – Autorización condicional:

- Escriba sus iniciales junto a cada afección enumerada.
- Firme y escriba la fecha en la solicitud. *Si un cónyuge o dependiente mayor de 18 años de edad también está solicitando cobertura, ellos también deben firmar y escribir la fecha en la solicitud.*

Si está completando una autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT por sus siglas en inglés):

- Sírvase incluir un cheque nulo.

Su solicitud puede devolverse a su compañía de seguros o enviarse directamente a PacificSource si no tiene compañía de seguros. **Nuestro número de fax es (541) 684-5401. Si está enviando su solicitud por fax, por favor, no envíe el original por correo.** Nuestra dirección postal es:

PacificSource Health Plans
Attn: Individual Department
PO Box 7068
Eugene, OR 97401-0068

Sírvase tener en cuenta: Las solicitudes que no sean completas se deben devolver, causando una demora en el proceso de la solicitud.

Solicitud para la póliza Elect de PacificSource



PO Box 7068 • Eugene, Oregon 97401
(866) 695-8684 • (541) 684-5585
Fax (541) 225-3646
E-mail: individual@pacificsource.com

Favor de completar a máquina o en letra de molde con tinta y en forma prolija

Esta solicitud es (marque una):

Para obtener nueva cobertura para mí y los miembros elegibles de mi familia enumerados a continuación.

Para cambiar mi cobertura existente en un plan Elect de PacificSource.

Nº de identificación de la póliza actual _____

Para agregar miembros elegibles de mi familia a mi plan Elect existente de PacificSource.

Nº de identificación de la póliza actual _____

Motivo para agregarlo: _____ Fecha: _____

Elija un plan y un deducible:		
Elect Plus	Elect Value	Elect FlexPerks
<input type="checkbox"/> Deducible de \$500 <input type="checkbox"/> Deducible de \$2,500	<input type="checkbox"/> Deducible de \$5,000	<input type="checkbox"/> Deducible de \$1,100 <input type="checkbox"/> Deducible de \$2,850
<input type="checkbox"/> Deducible de \$750 <input type="checkbox"/> Deducible de \$5,000	<input type="checkbox"/> Deducible de \$7,500	<input type="checkbox"/> Deducible de \$1,500 <input type="checkbox"/> Deducible de \$5,000
<input type="checkbox"/> Deducible de \$1,000 <input type="checkbox"/> Deducible de \$7,500	<input type="checkbox"/> Deducible de \$10,000	<input type="checkbox"/> Deducible de \$2,000
<input type="checkbox"/> Cobertura opcional por alcoholismo	<input type="checkbox"/> Cobertura opcional por alcoholismo	<input type="checkbox"/> Cobertura opcional por alcoholismo

Fecha de entrada en vigencia solicitada: 1 15 del Mes: _____ del Año: _____

¿Su empleador pagará algún porcentaje de su prima? Sí No *Las pólizas individuales de PacificSource no podrán usarse para un plan de empleadores con 2 a 25 empleados si el empleador paga o reembolsa cualquier porción de la prima, o si el plan de salud se considera parte de un plan o programa a efectos de la sección 106 ó 162 del Código de Impuestos Internos de 1986 (Internal Revenue Code of 1986). PacificSource no acepta el pago de primas por parte de empleadores para pólizas individuales.*

SECCIÓN 1- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Apellido		Nombre	
Nº de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenina		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Estado civil? <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	Altura		Peso
Dirección postal (calle o casilla de correo)	Ciudad	Código postal	Condado
Dirección particular (si difiere de la anterior)	Ciudad	Código postal	Condado
Correo electrónico		Teléfono particular	

Haga una lista de todos los miembros de su familia que serán asegurados. Solamente su cónyuge legítimo e hijos dependientes son elegibles.

Apellido	Nombre	Altura	Peso	Sexo	Fecha de nacimiento	Nº de Seguro Social
Cónyuge						
Hijo/a						
Hijo/a						
Hijo/a						
Hijo/a						
Hijo/a						

Explique el parentesco que tiene con usted cualquiera de las personas enumeradas anteriormente cuyo apellido sea diferente al suyo: _____

Si la persona es su cónyuge, adjunte una copia del certificado de matrimonio. Si usted es el tutor legal de la persona, adjunte una copia de la documentación.

Para todos los hijos/as dependientes de 19 años de edad o mayores, sírvase indicar si son estudiantes de tiempo completo, incluyendo el nombre y la ubicación de la institución y la cantidad de créditos tomados: _____

Si no se aprueba la cobertura para usted o para alguna de las personas incluidas en esta solicitud, ¿todavía desea que se emita una póliza para aquellos que sean aprobados para la cobertura? Sí No

SECCIÓN 2 – DECLARACIÓN DE SALUD SEGÚN LOS ESTÁNDARES DE OREGON (OREGON STANDARD HEALTH STATEMENT)

Aviso al solicitante: Usted no está obligado a divulgar ningún tipo de información en ninguna parte de esta solicitud acerca de pruebas genéticas o información genética relacionada con usted o con cualquier pariente consanguíneo. No está obligado a divulgar ninguna decisión por parte de ninguna compañía de seguros que esté basada en pruebas genéticas o en información genética. La Oregon Standard Health Statement que aparece a continuación no solicita información con respecto a pruebas genéticas ni información genética, sino únicamente acerca de afecciones médicas por las cuales cualquiera haya recibido asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico.

Favor de marcar "Sí" o "No" para cada afección médica que corresponde a usted o a cualquier miembro de su familia que esté solicitando cobertura. Para cada que contesta con "Sí", anote detalles en la página 4. **(Con respecto a estas preguntas, crónico significa persistente, continuo, o periódico, o una combinación de cualquiera de estos términos).**

Durante los últimos cinco años, ¿ha recibido **cualquiera de las personas** incluidas en esta solicitud asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico, incluyendo medicamentos recetados, recomendados o entregados por un profesional de la salud autorizado; o ha tenido alguna enfermedad, dolencia, lesión, problema de salud, síntoma, impedimento físico, cirugía, u hospitalización a causa de alguna de las siguientes afecciones médicas?:

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. SIDA, CRS, VIH positivo..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 30. Afección hepática/hepatitis..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Abuso/uso habitual de alcohol/químicas/drogas..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 31. Lupus, dolores musculares crónicos, enfermedad o lesión muscular, o fibromialgia..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Anemia/fatiga crónica..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 32. a. Trastorno mental/emocional/depresión..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Apendicitis/dolor abdominal crónico..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | b. Terapia/consejería durante los últimos cinco años (si responde "Sí", anote la fecha de la última sesión en la página 4)..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Espalda/cuello/columna vertebral..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 33. Afección/enfermedad/lesión neurológica..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Defectos de nacimiento/deformidades congénitas.. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 34. Flebitis/coágulos sanguíneos..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Vejiga/vías urinarias..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 35. Artrosis/osteoporosis/osteopenia..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Hematológica/circulatoria..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 36. Próstata/nivel elevado de antígeno prostático específico..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Ósea/ortopédica..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 37. Trastornos del sistema reproductor/infertilidad..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Enfermedad, lesión o conmoción cerebral..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 38. Afección respiratoria/pulmonar crónica..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Senos (bultos o tumores)..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 39. Artritis reumatoide..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Cáncer..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 40. Enfermedades de transmisión sexual..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Quimioterapia/radioterapia..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 41. Afecciones cutáneas, lunares anormales o cancerígenos, o eczema/quistes/cáncer..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. a. Colon/recto/intestinos..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 42. Apnea del sueño/trastornos del sueño crónicos..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. Sangre en las heces..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 43. Trastornos estomacales/úlceras/reflujo gástrico..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. Convulsiones/ataques epilépticos/epilepsia..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 44. Derrame cerebral/parálisis/ataques epilépticos..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 16. Diabetes/azúcar en la orina..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 45. Tumores..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 17. Afección/enfermedad/trastorno otorrinolaringológico crónico..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 46. Articulación temporomandibular (TMJ)/articulación mandibular..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 18. Trastornos alimentarios, como por ejemplo, anorexia o bulimia, entre otros..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 47. Cambios de peso (+/- 20 libras)..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 19. Enfisema/asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 48. Cirugía cosmética/implantes/aparatos protésicos.... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 20. Sistema endocrino/glandular/hormonal..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 21. Enfermedad o lesión ocular/cataratas/glaucoma..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 22. Enfermedad de la vesícula biliar/pancreática..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 23. Dolores de cabeza/migrañas crónicas..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 24. Corazón/dolor del pecho/anginas..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 25. Hernia..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 26. Colesterol alto (si responde "Sí", anote el último valor en la página 4)..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 27. Presión arterial alta (si responde "Sí", anote el último valor en la página 4)..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 28. Riñón/cálculos en el riñón..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 29. Rodilla/hombro/caderas/otras articulaciones..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |

49. ¿Usó alguna persona incluida en esta solicitud productos de tabaco en cualquiera de sus formas durante los últimos 5 años? Sí No. Si responde "Sí":

Nombre: _____ Tipo de producto: _____

Nombre: _____ Tipo de producto: _____

Nombre: _____ Tipo de producto: _____

50. Favor de proporcionar la siguiente información para cada persona **femenina** incluida en esta solicitud:

	Miembro de la familia:			
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
a. ¿Ya tuvo el primer ciclo menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Fecha del último periodo menstrual:				
c Si la respuesta para (b) es que hace más de 35 días, por favor explique:				
d. ¿Sangrado menstrual excesivo, o no hay sangrado menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Si respondió "Sí" en la respuesta (d), por favor explique:				
Fecha de la última inyección de Depo Provera:				
¿Pruebas de Papanicolaou anormales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido cesáreas o abortos espontáneos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

51. ¿Hay alguna mujer incluida en esta solicitud que esté embarazada actualmente? Sí No

Si responde "Sí": Nombre: _____ Fecha de parto: _____

52. ¿Hay alguna persona incluida en esta solicitud, incluyendo solicitantes de sexo masculino y dependientes masculinos o femeninos, quien es responsable de algún embarazo en curso? Sí No

Si responde "Sí": Nombre: _____ Fecha de parto: _____

53. Favor de proporcionar la siguiente información para cada persona incluida en esta solicitud. Durante los últimos cinco años, ha recibido alguna persona incluida en esta solicitud:

a. Asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico, incluyendo medicamentos recetados, recomendados o entregados por un profesional de la salud autorizado; o ha tenido alguna enfermedad, dolencia, lesión, problema de salud, síntoma, impedimento físico, cirugía u hospitalización que no se indicó anteriormente? Sí No

b. ¿Ha tenido tos, fatiga, diarrea o ganglios inflamados en forma crónica? Sí No

c. ¿Se le ha recomendado, o ha considerado someterse a una cirugía o procedimiento médico que todavía no se ha realizado? Sí No

d. ¿Se le ha fijado una cita para consultar a un profesional de cuidado de la salud (en una fecha futura)? Sí No

e. ¿Ha tomado regularmente algún medicamento recetado? Sí No

54. Haga una lista de todos los medicamentos que las personas incluidas en esta solicitud estén tomando actualmente:

Nombre	Medicamentos	Recetado por (nombre/dirección/teléfono)	Fecha de la receta

Favor de proporcionar detalles específicos a continuación acerca de todas las preguntas con respuestas "Sí" en las páginas 2 a 4. Para cada pregunta con una respuesta "Sí", incluya el nombre del asegurado/solicitante; el número de la pregunta; la afección; el tratamiento y la fecha; el resultado del tratamiento, incluyendo cualquier medicamento; y el nombre, la dirección y el número telefónico del médico tratante u otro profesional de la salud o clínica/hospital.

Detalles de la historia médica:						
Favor de proporcionar detalles a continuación acerca de todas las preguntas con respuestas "Sí" de las páginas 2 a 4.						
Nombre	Número de la pregunta	Fecha de inicio y de finalización	Afección	Tratamiento incluyendo los medicamentos	Resultado final	Médico/profesional de la salud u hospital tratante (nombre/dirección/teléfono)
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	

Detalles de la historia médica, continuación:

Nombre	Número de la pregunta	Fecha de inicio y de finalización	Afección	Tratamiento incluyendo medicamentos	Resultado final	Médico/profesional de la salud u hospital tratante (nombre/dirección/teléfono)
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	
					<input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Resuelta	

Adjunte páginas adicionales, si es necesario: He adjuntado ___ página(s).

Nombre, dirección y número telefónico del proveedor médico que tenga su historia/registros médicos actuales.

SECCIÓN 3 – OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

¿Durante los últimos cinco años, alguna compañía de seguros ha negado, pospuesto, rechazado, restringido o aumentado la prima por motivos de salud en seguros con cobertura de vida o de salud a usted o a cualquiera de los miembros de su familia que desea incluir en la cobertura? Sí No

Si responde "Sí", incluya el nombre de la persona afectada, el motivo de la decisión, el mes/año en que se tomó la decisión, y el nombre de la compañía de seguros:

¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia tiene alguna otra cobertura médica o de salud activa, o Medicare, Medicare Advantage o alguna cobertura complementaria de Medicare? Sí No. (Si responde "Sí", incluya el nombre de la compañía de seguros en el espacio a continuación.)

¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia trabaje para un empleador que ofrece beneficios de salud a los empleados? Sí No ¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia están afiliados? Sí No. Si responde No, ¿por qué? _____

¿Ha estado cubierta alguna persona incluida en esta solicitud por un plan de seguro de salud bajo algún otro nombre? Sí No. Si responde Sí, ¿cuál es el nombre? _____

Si alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha tenido cobertura de salud por medio de PacificSource durante los últimos cinco años, escriba su nombre y el número de identificación de PacificSource o el número de Seguro Social: _____

Cómo usted oyó de PacificSource? Productor Por correo TV Via Internet Otro _____

Los períodos de exclusión de la póliza para afecciones médicas preexistentes, beneficios para cuidado de maternidad y afecciones médicas específicas pueden reducirse si usted o un miembro de su familia tuvieron cobertura acreditada durante un plazo de hasta 63 días antes de la fecha de entrada en vigencia de esta póliza. Para reducir los períodos de exclusión, deberá demostrar cobertura acreditada. Podrá hacerlo adjuntando un Certificado de Cobertura emitido por la compañía de seguros anterior o del tenedor de la póliza de grupo, o presentando evidencia de cobertura acreditada por medio de otros documentos, registros, declaraciones de terceros u otros medios. Si está actualmente cubierto por alguna otra póliza de salud o está solicitando crédito contra los períodos de exclusión por cobertura anterior, sírvase completar lo siguiente:

Haga aquí una lista de la cobertura actual o anterior:

Nombres de las personas cubiertas por una póliza actual o anterior:

Nombre y dirección de la otra compañía de seguros (incluya el número telefónico si está disponible):

Fechas de vigencia de la cobertura:
Desde _____ Hasta _____

Nº de la póliza:

Si es un seguro de grupo, nombre del tenedor de la póliza de grupo:

SECCIÓN 4 – CERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN

Asegúrese de firmar y fechar la solicitud en la página siguiente. Se requiere la firma del cónyuge, si corresponde. La firma se aplica tanto al “Certificado de completitud y corrección” como a la “Autorización para divulgación de información”.

Certificado de completitud y exactitud

Declaro que las respuestas proporcionadas en esta solicitud están completas y son correctas. Proporciono estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por PacificSource para inscribirme en su cobertura de seguros. Entiendo que si esta solicitud contiene alguna declaración falsa u omisión material, PacificSource puede, dentro de los primeros dos años de cobertura, negar la cobertura, modificar o cancelar el contrato y/o emprender cualquier otra acción legal dispuesta para ello por la ley. Informaré oportunamente a PacificSource por escrito, antes de que mi cobertura entre en vigencia, si ocurriera algo que causaría que esta solicitud quedara incompleta o incorrecta. Entiendo y acepto que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta ser aprobada por PacificSource. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de entrada en vigencia determinada por PacificSource. Un representante de PacificSource podrá llamarme por teléfono para aclarar respuestas de esta solicitud. Las representaciones realizadas por el solicitante se considerarán representaciones realizadas en nombre de cada persona cubierta bajo esta póliza. Sin embargo, los cambios en la solicitud no entrarán en vigencia hasta que el solicitante los apruebe por escrito. Una solicitud recibida por PacificSource que requiera modificaciones, será modificada mediante correcciones y se enviará al solicitante para que la firme. Como solicitante, entiendo que tengo derecho a inspeccionar la información contenida en mis archivos.

SECCIÓN 5 – AUTORIZACIÓN CONDICIONAL PARA USAR/ DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

Nombres de todos los solicitantes: _____

Nº de identificación o Nº de Seguro Social: _____

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a cualquier médico, proveedor de atención médica, hospital, compañía de seguros o de reaseguros, o a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau, Inc.), a usar y divulgar una copia de la información protegida sobre mi salud, a PacificSource Health Plans, PO Box 7068, Eugene, Oregon 97401, a efectos de de inscripción o determinación de elegibilidad y de suscripción de la póliza.

La información protegida sobre mi salud incluye registros médicos, registros de cuidado de emergencia y de urgencia, estados de facturación, informes de diagnósticos por imagen, transcripciones de informes de hospital, notas de información del consultorio, informes de laboratorio, registros odontológicos, informes de patología, registros de terapia física, registros hospitalarios (incluyendo registros de enfermería y notas de progreso) y toda información personal o médica relacionada con el propósito de esta autorización. La información obtenida con esta autorización se usará únicamente a los efectos definidos anteriormente y nos limitaremos al mínimo de información necesaria para alcanzar dicho propósito.

Si la información a divulgarse contiene cualquiera de los tipos de registros o información detallada inmediatamente a continuación, puede que se apliquen leyes adicionales relativas al uso y divulgación de la información. Yo/nosotros entiendo/entendemos y acepto/aceptamos que dicha información será divulgada si escribo mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información a incluirse con la divulgación:

_____ Información sobre pruebas o resultados de VIH/SIDA y registros relacionados

_____ Información sobre la salud mental

_____ Información sobre pruebas genéticas

_____ Diagnósticos, tratamientos o información de referencia relacionados con drogas/alcohol

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. El negarme a firmar esta autorización podría afectar mi inscripción en un plan de salud, mi elegibilidad para recibir beneficios de salud y el pago de reclamaciones.

Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información descrita anteriormente no se usará ni se divulgará por los motivos cubiertos por esta autorización escrita, excepto hasta el punto en que se haya tomado acción en base a esta autorización. No se podrá revertir uso o divulgación alguno ya realizado con mi autorización. Entiendo que la revocación de esta autorización podría afectar mi inscripción en un plan de salud, mi elegibilidad para recibir beneficios y el pago de reclamos.

Para revocar esta autorización, sírvase enviar una declaración escrita a PacificSource Health Plans, Compliance Department, PO Box 7068, Eugene, Oregon 97401, y mencione que está revocando esta autorización.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgaciones adicionales y ya no estar protegida por las leyes federales. Sin embargo, yo/nosotros también entiendo/entendemos que las leyes federales o estatales pueden restringir las divulgaciones adicionales de información de resultados o pruebas de VIH/SIDA, información sobre la salud mental, información genética, e información de diagnóstico, tratamiento o referencias para recibir servicios relacionados con drogas/alcohol.

A menos que sea revocada, esta autorización permanecerá vigente a efectos de inscripción o determinación de elegibilidad o suscripción a la póliza durante un período que no supere los 24 meses. Una vez que se haya tomado una determinación de inscripción o de elegibilidad, esta autorización para usar o divulgar esta información protegida sobre la salud vencerá.

Cada uno de nosotros autoriza, en nombre nuestro y de los miembros de la familia incluidos en esta solicitud, a proporcionar información médica (incluyendo información relativa a alcohol, dependencia química, tratamiento mental o tratamiento para VIH) acerca de nosotros, a PacificSource o sus representantes.

Un asegurador que ofrece un contrato de seguro acepta un riesgo financiero significativo. Será necesaria la información completa acerca de todas las afecciones médicas, aunque sean menores, para determinar si se proporcionará la cobertura. Las preguntas de la solicitud están concebidas para revelar toda y cualquier afección médica significativa. Por favor tómese el tiempo necesario para ofrecer respuestas completas y precisas, ya que el asegurador se apoyará únicamente en sus respuestas. Cualquier error material podría invalidar (anular) por completo la póliza en cualquier momento dentro de los próximos dos años, incluso después de que se hayan aprobado y pagado reclamaciones.

Yo/nosotros he/hemos revisado y entiendo/entendemos esta autorización y el "Certificado de completitud y exactitud" detallada anteriormente.

Firma del solicitante:

Fecha

Firma del cónyuge (si solicita cobertura)

Fecha

Firma de los hijos de 18 años o mayores (si solicitan cobertura)

Fecha

Requerido si el solicitante es menor:

Firma del (marque una) Padre/madre Tutor legal

Fecha

Nombre (en letras de molde)

Esta solicitud debe ser firmada y fechada no más de 60 días antes de la fecha de entrada en vigencia solicitada.

Para que esta autorización sea válida, se deberán completar todas las secciones.

Si se aprueba, PacificSource proporcionará al tenedor de la póliza una copia de este formulario completado junto con la póliza.

SECCIÓN 6 – AUTORIZACIÓN DEL PRODUCTOR

Yo, el productor de seguros, no he realizado ninguna representación al solicitante acerca de ninguna disposición, beneficio, condición o limitación de la póliza, excepto por medio de material escrito provisto por PacificSource. Se ha informado al solicitante que la fecha de entrada en vigencia de la cobertura es asignada únicamente por PacificSource. **Por este medio, certifico que la información que me fue provista por parte del solicitante ha sido aquí registrada veraz y precisamente.**

Nombre del productor (en letra de molde)

Número del productor de PacificSource

Firma del productor

Fecha



PacificSource
HEALTH PLANS

AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (EFT POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Gracias por optar pagar su prima de póliza individual de PacificSource usando una transferencia electrónica de fondos (EFT). Creemos que apreciará la comodidad y seguridad de esta opción de pago.

- El tranfer de fondos electrónico nuevo toman 30 días para procesar. Las nuevas polisas pueden requerir el pago de la prima inicial antes de procesar el EFT (*Transferencia de Fondo Electornicos*) que tome efecto.
- Una vez se establezca su EFT, recibirá una carta notificándole de la fecha en que ocurrirá el primer retiro de la prima. Hasta entonces, debe efectuar cualquier pago de la prima por cheque, o de lo contrario su cuenta estará retrasada y su póliza podría estar sujeta a terminación. De vez en cuando, la prima del segundo mes se vence antes de que ocurra el primer giro.
- El tranfer sera hecho por la cantidad del pago debido. Si su pago, esta atrasado cuando su EFT (*Transferencia de Fondo Electornicos*) comienza, su primer retiro incluirá su pago actual y la cantidad pendiente de pago.
- Las transferencias se hacen los días 5 de cada mes. Cuando el día 5 cae en un fin de semana o día de fiesta, la transferencia se realiza al día laborable siguiente.
- PacificSource debe recibir los cambios y las cancelaciones a las EFT al menos 10 días laborables antes de la fecha de transferencia de la EFT.
- Si tiene preguntas, puede ponerse en contacto con nuestro Departamento de Servicios a los Miembros al (541) 225-1988, o gratis al (800) 591-6579; o por correo electrónico a membership@pacificsource.com.

INSTRUCCIONES:

- Complete el formulario que aparece abajo.
- Anexe un cheque nulo.
- Envíe lo anterior a: PacificSource Health Plans, Attn: Membership Services. PO Box 7068, Eugene, OR 97401.

AUTORIZACIÓN

Autorizamos e instruimos a PacificSource Health Plans a retirar fondos de la siguiente manera:

Cantidad del retiro mensual: las transferencias se hacen los días 5 de cada mes.

Seleccione uno: Comenzar las transferencias en la próxima fecha disponible

Retrasar las transferencias hasta _____(mes)

Información bancaria:

Nombre del banco: _____ Número de la cuenta: _____

Tipo de cuenta: De cheques: *anexe un cheque nulo.* De ahorros: *anexe un volante nulo de retiro de la cuenta de ahorros.*

Esta autorización permanecerá vigente hasta que cualquiera de las partes la termine. Si la prima para la póliza individual cambia debido a un aumento en la tarifa, una selección de otro plan o una migración por edad del tenedor de la póliza, esta autorización será modificada automáticamente para autorizar el retiro de una cantidad equivalente al pago de la nueva prima.

Nombre del tenedor de la póliza
(favor de escribir en letras de molde)

Firma del titular de la cuenta bancaria

Nº de ID o de Seguro Social del tenedor

Fecha de la póliza