Formulario de inscripción/cambio de estado/exención de los planes Premium, Plus y HSA de la Cámara de Comercio de Bend 2026

Providence Health Plan

P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, **800-878-4445, ProvidenceHealthPlan.com**

Complete toda la información de este formulario. Se requiere esta información para procesar su inscripción.

NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR _____ NÚMERO DE GRUPO _____ FECHA DE CONTRATACIÓN __ __/__ __/__ __ FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA __ __ __ __/__ __ __ __/__ __ __ __

CLASE/SUBGRUPO _____ ☐ Inscripción nueva ☐ Inscripción abierta ☐ Renuncia de cobertura (consulte la sección 4) INICIO DEL PERÍODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD __ __ __ __/__ __ __ __/__ __ __ __

NÚMERO DE ID DEL SUSCRIPTOR _____ ☐ Cambio en el estado actual: MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO* _____ FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO __ __ __ __/__ __ __ __/__ __ __ __

CONTINUIDAD DE LA COBERTURA COBRA/ESTATAL: FECHA DE INICIO __ __/__ __/__ __ FECHA DE FINALIZACIÓN __ __/__ __/__ __

* Los motivos incluyen: recontratación de empleado elegible, matrimonio, divorcio, muerte, adopción, cambio de dependiente (agregar o eliminar), cambio de nombre o dirección, pérdida involuntaria de otra cobertura, continuidad de la cobertura COBRA o estatal.

ELEGIR PLAN PARA INSCRIPCIÓN: ☐ Premier Premium ☐ Core Plus ☐ Base ☐ HSA

INSCRIBIRME EN UNA: ☐ Cuenta de ahorros médicos integrada con HealthEquity® DEDUCIBLE _____

1. Información del empleado

PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ IN. 2.º NOM. _____ FECHA DE NACIMIENTO __ __/__ __/__ __

TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL _____

ESTADO CIVIL: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a GÉNERO: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario/otro (“Indef.”)

¿CÓMO SE IDENTIFICA? ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ No binario ☐ Me niego a responder

(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).

DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

2. Información para inscripción de dependientes (Si renuncia, vea la pregunta 4).

AGREGAR	ELIMINAR	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
☐	☐							M/F/Indef.
☐	☐							M/F/Indef.
☐	☐							M/F/Indef.
☐	☐							M/F/Indef.

Si tiene miembros adicionales de la familia para inscribir, inclúyalos en una hoja separada junto con esta solicitud.

3. Información adicional y/o de cobertura acreditable (Esta sección no es una renuncia de cobertura. Se requiere para el pago de reclamos).

¿Usted o algún familiar tienen un seguro de salud grupal adicional o Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "SÍ", marque el tipo de cobertura: ☐ Atención médica ☐ Medicamentos recetados ☐ Visión

_____
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

__/__/__
F. DE NAC. DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

_____
COMPAÑÍA ASEGURADORA

_____
NÚMERO DE PÓLIZA

__/__/__
FECHA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

_____
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA ASEGURADORA

_____
NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LA(S) PERSONA(S) CUBIERTA(S)

¿Tuvo anteriormente una cobertura de salud de Providence Health Plan? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "SÍ", indique el número de ID de miembro anterior: _____

4. Información de renuncia de cobertura (Incluya los nombres de todos los miembros elegibles que NO se inscribirán en Providence Health Plan).

PERSONAS QUE RENUNCIAN A LA COBERTURA	TIPO DE COBERTURA (INDIVIDUAL/GRUPO DEL EMPLEADOR/MEDICARE)	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR

Aviso: Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, en el futuro podrá inscribirse usted o a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, tal vez pueda inscribirse usted y a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Comunicaciones: Al firmar este formulario, autorizo a Providence Health Plan y a sus afiliados y proveedores a informarme sobre el plan de salud por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando mi información de contacto asociada que proporciono en este formulario. Comprendo que estas comunicaciones no incluirán marketing, publicidad ni material promocional y que puedo rescindir esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud a Providence Health Plan.

☐ **No deseo recibir correos electrónicos ni mensajes de texto de Providence Health Plan.**

Veracidad de la información de inscripción: Toda persona que, con la intención de cometer fraude, presente esta solicitud con información sustancialmente falsa o que oculte información importante, puede estar sujeta a sanciones penales o civiles y Providence Health Plan puede cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar sus reclamos. Proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de cometer fraude contra la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Autorización de deducción de nómina: Autorizo a mi empleador a deducir de mi paga los aportes correspondientes para la cobertura solicitada en este formulario de inscripción. Esta autorización aplica a dicha cobertura hasta que la rescinda por escrito. (No aplica a la continuidad COBRA/estatal ni a la renuncia de cobertura).

Reconocimiento del suscriptor: Reconozco y comprendo que Providence Health Plan puede solicitar o revelar información médica, salvo notas de psicoterapia, acerca de mí y de mis dependientes (personas indicadas en este formulario de inscripción para los beneficios de la cobertura) con el fin de: (a) llevar a cabo las operaciones comerciales del plan de salud de Providence Health Plan; (b) facilitar el tratamiento de atención médica; (c) emitir o facilitar el pago de servicios de atención médica; o (d) actuar según lo requerido por la ley. El uso o la divulgación de las notas de psicoterapia de Providence Health Plan se limita a las circunstancias en que el paciente haya proporcionado una autorización firmada.

Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, incluso los usos y las divulgaciones que la ley exija, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. Se puede obtener una copia en **ProvidenceHealthPlan.com** o llamando al Servicio al Cliente.

FIRMA

__ __/__ __/__ __

FECHA

Cuestionario de raza/etnia

Las siguientes preguntas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades. Estas preguntas son opcionales.

¿Cuáles de las siguientes opciones describen su identidad racial o étnica? Marque todas las opciones que correspondan.

NOMBRE DEL MIEMBRO:

NOMBRE DEL GRUPO:

Asiática

- ☐ India asiática
- ☐ Camboyana
- ☐ China
- ☐ Comunidades de Myanmar
- ☐ Filipina
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiana
- ☐ Asiática del Sur
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otra asiática

Indígena americana o nativa de Alaska

- ☐ Indígena americana
- ☐ Nativa de Alaska
- ☐ Inuit canadiense, métis o de las Naciones Originarias
- ☐ Indígena mexicana, centroamericana o sudamericana

Hispana o latina

- ☐ Hispana o latina centroamericana
- ☐ Hispana o latina mexicana
- ☐ Hispana o latina sudamericana
- ☐ Otra hispana o latina

Nativa de Hawái o isleña del Pacífico

- ☐ Guameña o chamorra
- ☐ Marshalesa
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Comunidades de la región de Micronesia
- ☐ Samoana
- ☐ Tongana
- ☐ Otra isleña del Pacífico

Blanca

- ☐ Caucásica/blanca (sin afiliación nacional)
- ☐ Europea del Este
- ☐ Europea Occidental
- ☐ Otra blanca (ascendencia africana, australiana, neozelandesa)
- ☐ Eslava

Negra o afroamericana

- ☐ Afroamericana
- ☐ Afrocaribeña
- ☐ Etíope
- ☐ Somalí
- ☐ Otra africana (negra)
- ☐ Afro-latina/birracial/otra
- ☐ Otra negra

Medio Oriente o Norte de África

- ☐ Del Medio Oriente
- ☐ Del Norte de África

Otro

- ☐ Otro
- ☐ No sé
- ☐ No quiero responder

Si marcó más de una categoría, ¿hay alguna que considere que es su identidad racial o étnica principal?

- ☐ **Sí** (especifique): _____
- ☐ **No:** No tengo solo una identidad racial o étnica principal
- ☐ **No:** Me identifico como birracial o multirracial
- ☐ **N/C:** Solo marqué una categoría de las anteriores.
- ☐ **N/C:** No lo sé.
- ☐ **N/C:** No quiero responder.

¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Chino - Otro
- ☐ Mandarín
- ☐ Cantonés
- ☐ Vietnamita
- ☐ Ruso
- ☐ Alemán
- ☐ Francés
- ☐ Tagalo
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Árabe
- ☐ No contesta/no sabe
- ☐ Otro

¿Cuál es su idioma escrito de preferencia?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Vietnamita
- ☐ Chino simplificado
- ☐ Ruso
- ☐ Otro
- ☐ **N/C:** No lo sé.
- ☐ **N/C:** No quiero responder.