PUBLIC EMPLOYEES' PEBB BENEFIT BOARD

Inscripción abierta para empleados

1º al 31 de octubre de 2016

- Office Use Only -

Approved by: _____ Date:_____

Effective Date:_____

Esta es una inscripción abierta obligatoria para TODOS LOS EMPLEADOS ACTIVOS elegibles para PEBB y afecta los beneficios de 2017.

La mayoría de los empleados pueden inscribirse en línea, pero si no puede hacerlo, llene y envíe este formulario a la oficina de beneficios de su agencia o universidad para su procesamiento. (Durante la inscripción abierta, los empleados estacionales o temporales pueden inscribirse en línea o usar el formulario)

Los beneficios que elija durante la inscripción abierta entran en vigencia el 1º de enero de 2017. Si la inscripción requiere aprobación de historia clínica por parte del plan, los beneficios entrarán en efecto el 1 del mes siguiente a la aprobación del plan en 2017 (el aumento del mon del seguro de vida, por ejemplo).

- **Si un empleado no se inscribe activamente para 2017, puede causar una inscripción por defecto, lo que resultará en un costo financiero para el empleado.**
- **No use este formulario para agregar nuevos dependientes si quiere que la cobertura empiece en 2016 (nuevo cónyuge, pareja de hecho o hijo). Para añadir nuevas personas a su cobertura actual de 2016 use un Cambio a mitad de año, y luego llene y envíe su inscripción abierta para 2017.**
- Todos los empleados nuevos (hasta el 30 de noviembre) que se inscriban o ya estén inscritos para los beneficios de 2016 también deben llenar una inscripción abierta para 2017.
- Todos los empleados elegibles para beneficios que estén gozando de licencia aprobada deben completar la inscripción abierta.
- Los empleados estacionales elegibles para beneficios **y** que estén trabajando activamente durante la inscripción abierta deben inscribirse ahora para recibir beneficios en el año 2017. Los trabajadores estacionales que no están trabajando en este momento no quedarán inscriptos por defecto en 2017 y podrán inscribirse cuando vuelvan a trabajar. Si usted es un empleado estacional y no está seguro sobre la inscripción, comuníquese con su agencia o con PEBB.
- La inscripción es irrevocable durante el año del plan, a menos que haya un cambio calificado a mitad de año que le permita modificarla. Esto no se aplica a los empleados que no viven en el mismo lugar donde trabajan (*Commuter Accounts*) ni a casos de cuidado de larga duración (*Long Term Care*), que pueden inscribirse o cambiar en cualquier momento durante el año del plan.
- **Todas las cuentas de gastos flexibles** (*Flexible Spending Accounts* o FSA) de 2016 terminan el 31/12//2016. Este formulario no incluye la inscripción en las FSA de 2017. Para inscribirse en FSA, use el formulario FSA que se encuentra en http://www.oregon.gov/OHA/PEBB/pages/index.aspx
- **Si se inscribe para el programa HEM 2017, lea el acuerdo HEM. Los empleados inscriptos en HEM deben completar una evaluación de salud individual en su plan médico actual (2016). Las únicas fechas en que se puede completar esta evaluación son del 1º de septiembre al 31 de octubre 2016.**

  AVISO: Si usted recibió su identificación del plan médico de 2016 o no tiene un plan médico en 2016 pero lo tendrá en 2017, hable con PEBB para recibir instrucciones sobre la forma de completar su evaluación de salud.

Debe llenar las secciones 1 a 6. Firme y ponga la fecha en la Sección 11.

Las secciones 7 a 10 son para beneficios OPCIONALES: --- llene sólo aquellas secciones con cambios y deje las demás en blanco.

Debe presentar su inscripción en la oficina de nómina o de Recursos Humanos antes del 31 de octubre de 2016

PUBLIC EMPLOYEES' PEBB BENEFIT BOARD

Inscripción abierta de empleados
1º al 31 de octubre de 2016

Office Use Only

Approved by: _____ Date:_____

Effective Date:_____

1. Información de contacto **Llene todos los espacios**

No. de beneficiario PEBB (P########), OR# o de identidad universitaria

Apellido | Nombre | I | Agencia | Sexo ☐ H ☐ M

Dirección de contacto ☐ Marque si es una nueva dirección | No. Apt. | Ciudad | Estado | C. Postal

C. postal de la residencia | C. postal del trabajo | Correo electrónico del trabajo | Correo electrónico personal (opcional)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Teléfono del trabajo | Teléfono de la casa (opcional)

¿Es usted elegible para Medicare? ☐ No ☐ Sí Esto no afectará su inscripción.

¿Es o ha sido miembro de las fuerzas armadas? ☐ No ☐ Sí

¿Autoriza a PEBB a enviar su nombre y dirección al Departamento de Asuntos de Veteranos de Oregón (ODVA) para recibir información sobre beneficios? ☐ No ☐ Sí

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano/No latino ☐ No sé ☐ Me rehúso a decirlo

Raza: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ No sé ☐ Me rehúso a decirlo ☐ Otro ☐ Negro/afroamericano ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

2. Cobertura familiar

Dé los nombres de todos los miembros elegibles de su familia a quienes desea cubrir durante el año 2017. Adjunte otra hoja si es necesario.

Apellido del cónyuge/pareja de hecho	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Parentesco	Sexo H	Sexo M	Inscribir en: Méd	Inscribir en: Den	Inscribir en: Vista
					☐	☐	☐	☐	☐

Dirección: Llenar sólo si es diferente de la dirección en la Sección 1

¿Es este dependiente elegible para Medicare? ☐ No ☐ Sí Esto no afectará su inscripción.

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano No latino ☐ No sé ☐ Me rehúso a decirlo

Raza: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ No sé ☐ Me rehúso a decirlo ☐ Otro ☐ Negro/afroamericano ☐ Indígena americano /Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

2.a Si usted nombró una pareja de hecho, marque el tipo de unión de hecho

☐ Certificado registrado de unión de hecho (copia no requerida) Usted tiene un certificado registrado expedido por un funcionario de un condado de Oregón para usted y su pareja del mismo sexo.

☐ Declaración jurada de unión de hecho de PEBB es una unión entre un empleado elegible y una persona del sexo opuesto, o del mismo sexo sin un Certificado de unión de hecho registrado. Si usted agrega **una nueva pareja de hecho** mediante declaración jurada, debe presentar una declaración jurada a su agencia antes del 4 de noviembre de 2016. La inscripción de la persona no tendrá efecto si no se presentó la declaración jurada. Si usted ya presentó una declaración jurada sobre su unión actual, no necesita presentar otra declaración jurada.

AVISO: Si usted agrega una pareja de hecho o los hijos de una pareja de hecho a su cobertura, y ellos no son sus dependientes en su declaración de impuestos, esto reducirá su paga neta mensual. Para más información, vea el Resumen de la descripción del plan en http://www.oregon.gov/oha/pebb/Pages/spd.aspx página 17.

Su pareja de hecho, o los hijos de su pareja de hecho, ¿figuran como dependientes en su declaración del impuesto federal a los ingresos? Si es así, llene y envíe a su agencia el Certificado de pareja de hecho para situación impositiva de dependientes **cada año del plan**. El valor imputado no se agregará a su pago. http://www.oregon.gov/oha/pebb/Pages/forms.aspx

Cuando una inscripción requiere documentos adicionales y declaraciones juradas, usted debe presentarlos en su oficina de nómina o de beneficios de la universidad antes del 4 de noviembre de 2016. De lo contrario, la cobertura de la persona no entrará en efecto el 1º de enero de 2017.

2.b Hijos dependientes elegibles– Dé los nombres de los hijos elegibles a quienes desea cubrir en 2017. Adjunte otra hoja si es necesario.

- **Los hijos que cumplan los 27 años en 2017 no son elegibles. PEBB terminará la cobertura el 31 de diciembre para los hijos que hayan cumplido los 26 años en 2016. Usted no necesita hacer nada.**
- **Para agregar (nuevos) hijos por dependencia o nietos a su inscripción, usted deberá presentar el formulario de inscripción, la declaración jurada apropiada y tal vez otra documentación legal. Su agencia debe recibir la declaración jurada o los documentos legales antes del 4 de noviembre. De lo contrario, la cobertura de esa(s) persona(s) no entrará en efecto**

Hijo Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Parentesco	Sexo H	Sexo M	Inscribir en: Méd	Inscribir en: Den	Inscribir en: Vista
					☐	☐	☐	☐	☐

Dirección: Llenar sólo si es diferente de la dirección en la Sección 1

¿Es este dependiente elegible para Medicare? ☐ No ☐ Sí Esto no afectará su inscripción.

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano / No latino ☐ No sé ☐ Me rehúso a decir

Raza: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ No sé ☐ Me rehúso a decir ☐ Otro ☐ Negro/afroamericano ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

Hijo Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Parentesco	Sexo H	Sexo M	Inscribir en: Méd	Inscribir en: Den	Inscribir en: Vista
					☐	☐	☐	☐	☐

Dirección: Llenar sólo si es diferente de la dirección en la Sección 1

¿Es este dependiente elegible para Medicare? ☐ No ☐ Sí Esto no afectará su inscripción.

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano/No latino ☐ No sé ☐ Me rehúso a decir

Raza: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ No sé ☐ Me rehúso a decir ☐ Otro ☐ Negro/afroamericano ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

2b. Hijos dependientes elegibles – continuación

Hijo Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Parentesco	Sexo H	Sexo M	Inscribir en: Méd	Inscribir en: Den	Inscribir en: Vista
					☐	☐	☐	☐	☐

Dirección: Llenar sólo si es diferente de la dirección en la Sección 1

¿Es este dependiente elegible para Medicare? ☐ No ☐ Sí Esto no afectará su inscripción.

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano / No latino ☐ No sé ☐ Me rehúso a decir

Raza: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ No sé ☐ Me rehúso a decir ☐ Otro ☐ Negro/afroamericano ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

Hijo Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Parentesco	Sexo H	Sexo M	Inscribir en: Méd	Inscribir en: Den	Inscribir en: Vista
					☐	☐	☐	☐	☐

Dirección: Llenar sólo si es diferente de la dirección en la Sección 1

¿Es este dependiente elegible para Medicare? ☐ No ☐ Sí Esto no afectará su inscripción.

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano / No latino ☐ No sé ☐ Me rehúso a decir

Raza: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ No sé ☐ Me rehúso a decir ☐ Otro ☐ Negro/afroamericano ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

3. Programa Health Engagement Model (HEM). La inscripción de los empleados en el programa HEM está disponible sólo durante la inscripción abierta.

Acuerdo de Health Engagement Model (HEM) para 2017

Su inscripción HEM 2017 y su firma en la sección 11 indican que ha leído y acepta los términos de HEM 2017 citados aquí.

1. Estoy de acuerdo en llenar la evaluación de salud en mi plan de salud actual (2016) e inscribirme en el programa HEM 2017 antes del 31 de octubre de 2016.
2. Entiendo que:
   a. Si me inscribo para HEM y lleno la evaluación de salud antes del cierre de la inscripción abierta, recibiré un incentivo imponible de salud de $17.50 mensuales a partir de enero de 2017.
   b. Si no lleno la evaluación de salud y la inscripción en HEM antes del 31 de octubre de 2016, día en que se cierra la inscripción abierta, no recibiré el incentivo de salud, y mi cobertura médica de 2017 incluirá $100 más de deducibles por persona cubierta (hasta un máximo de tres personas por familia).
3. Realizaré **dos** acciones de salud de mi elección antes de inscribirme en un plan de salud durante la inscripción abierta para el plan del año 2018.
4. Entiendo que los puntos 1 y 3 anteriores son estándares y que se dará una alternativa razonable a un estándar si una discapacidad hace que sea enormemente difícil para mí lograr un estándar, o si por un problema de salud no es aconsejable para mí tratar de lograr un estándar.

SI usted se está inscribiendo en el HEM y:

- Se hizo elegible para recibir beneficios por primera vez entre el 1º de septiembre de 2016 y el 31 de octubre de 2016, y no ha recibido un "número de identificación del plan médico 2016"; O
- En 2016 optó por excluirse del plan médico o rechazó los beneficios, pero va a tener un plan médico de PEBB en 2017

Escriba a PEBB.hem@state.or.us para recibir instrucciones sobre cómo y dónde completar los requisitos de HA antes del 31 de octubre de 2016.

Si usted participó en el HEM 2016 y se está inscribiendo para el HEM 2017, debe responder la siguiente pregunta. (Marcar uno.)

¿Completó dos acciones de salud como parte de su participación en el HEM 2016?

☐ **Sí** ☐ **No (si marca "No", no tiene derecho a participar en el HEM 2017)**

Inscripción en HEM 2017 (marcar uno) AVISO: Si usted opta por excluirse del plan médico, no podrá participar en el programa HEM.

☐ **Participaré** en el programa. Entiendo que debo completar la evaluación de salud en mi plan médico actual (2016) antes del 31 de octubre de 2016.

☐ **No participaré** en el programa.

4. Beneficios esenciales (Médicos/Dentales/Visión). Los empleados a tiempo completo son elegibles sólo para los plane de tiempo completo. Los empleados a tiempo parcial pueden inscribirse en planes de tiempo parcial o de tiempo completo. En la oficina de beneficios de su agencia pueden informarle sobre el porcentaje de las primas que le corresponderá pagar.

4.a Planes médicos/Planes dentales: Algunos planes tienen áreas de servicio específicas y pueden no estar disponibles para usted. Fíjes si el plan que selecciona está disponible en su área.

- La opción de excluirse es la decisión de recibir dinero en efectivo en lugar de inscribirse en un plan médico. Los empleados que optan por excluirse pueden recibir cobertura dental, de visión y coberturas opcionales. Si quiere excluirse, llene la Sección 4c
- **Si quiere inscribirse en un plan médico de PEBB (no excluirse) DEBE LLENAR LAS SECCIONES 5 Y 6 TAMBIÉN.**

Plan médico: **Marque una casilla para su plan médico 2017.**

	Tiempo completo	Tiempo parcial
AllCare PEBB	☐	☐
Kaiser Deductible (Kaiser visión está incluido en el plan de tiempo completo)	☐	☐
Kaiser HMO (Kaiser visión está incluido en el plan de tiempo completo)	☐	☐
Moda Summit	☐	☐
Moda Synergy	☐	☐
PEBB Statewide PPO	☐	☐
Providence Choice	☐	☐

Plan dental: **Marque una casilla para su plan dental 2017. Para inscribirse en un plan dental, usted debe estar inscrito en un plan médico o excluirse.**

	Tiempo completo	Tiempo parcial
Kaiser Permanente	☐	☐
MODA Premier	☐	☐
MODA PPO	☐	N/C
Willamette Dental	☐	N/C

☐ **No deseo inscribirme en un plan dental**

4.b Plan de Visión: Los planes Kaiser HMO y Kaiser Deductible incluyen cobertura de Kaiser visión y no le permiten inscribirse en VSP. Todos los demás planes médicos (tiempo completo o parcial), incluso el plan de tiempo parcial de Kaiser y la Exclusión, le permiten inscribirse en VSP. Para inscribirse en VSP, usted debe estar inscrito en un plan médico o excluirse. Aviso: Si usted se inscribe en el Plan Plus, deberá pagar el porcentaje de la prima para la cobertura del Plan Básico (por ejemplo, 1%, 3%, 5%, etc ...) más la diferencia entre el precio de la prima del Plan Básico y el Plan Plus.

Inscripción en el Plan VSP Basic –	☐
Inscripción en el Plan VSP Plus - Incluye el Plan Básico y beneficios adicionales PLUS.	☐
Rechazo la inscripción en VSP	☐

La información sobre VSP Basic y VSP se encuentra en http://www.oregon.gov/oha/pebb/Benefits/Vision.pdf

4.c Exclusión médica. Para la exclusión, usted deberá certificar en el momento de inscribirse, y cada año del plan de ahí en adelante, que tiene otra cobertura médica esencial mínima. No necesita presentar comprobante de la otra cobertura médica. La información se encuentra en http://www.oregon.gov/oha/pebb/benefits/opt-out.pdf Los empleados que se excluyen reciben una cantidad mensual de dinero en efectivo en lugar de inscribirse en un plan médico de PEBB. Los empleados de tiempo completo reciben un monto imponible mensual de $ 233, menos $ 1 para el seguro de vida básico. Los empleados de tiempo parcial reciben montos prorrateados.

Mi exclusión de la inscripción médica está condicionada a mi entendimiento y mi certificación de que lo siguiente es cierto:

- Yo, y todas las demás personas por quienes espero razonablemente solicitar una deducción de exención impositiva personal, tienen, o tendrán en el futuro, otra cobertura médica considerada cobertura esencial mínima proveniente de un plan médico auspiciado por un empleador para el año impositivo 2017. La exclusión no puede basarse en las siguientes coberturas: Plan de Salud de Oregón / Medicaid, Programas de beneficios de la Administración de Veteranos, programas de salud para estudiantes y cobertura del mercado individual.
- Entiendo que mi empleador no me pagará el monto mensual por exclusión si sabe o tiene razón para creer que yo o cualquier otro miembro de mi familia impositiva esperada no tiene o no tendrá la otra cobertura.
- Entiendo que tengo que renovar esta certificación cada año del plan y cada año fiscal aplicable para el cual quiero que aplique la exclusión.

☐ **Deseo inscribirme en la exclusión (Opt Out)**

Al marcar esta casilla y firmar el formulario (Sección 11) certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas.

4.d Rechazo todos los beneficios de PEBB. ☐

Si usted rechaza los beneficios básicos (médicos/dentales/de visión/seguro de vida básico), usted decide no participar en ninguno de los programas de PEBB. Usted no recibirá dinero en efectivo en lugar de cobertura médica y no podrá inscribirse en ningún plan de PEBB.

5. Otra cobertura grupal de cónyuge o pareja auspiciada por un empleador. **Si usted se inscribe en un plan médico y no llena la Sección 5, se le descontará un recargo mensual de $50 de su sueldo en el año 2017.**

Cuando su cónyuge o pareja de hecho se **inscribe en su cobertura médica de PEBB** y tiene acceso a cobertura médica mediante un plan grupal patrocinado por su propio empleador (que no es el Estado de Oregón), pero no se inscribe en ese plan, se agregarán $ 50 a su prima mensual de PEBB.

Marque una casilla:

- ☐ Mi cónyuge / pareja de hecho tiene cobertura de PEBB como empleado/a elegible (Aunque haya elegido la exclusión) ($ 0)
- ☐ Mi cónyuge / pareja de hecho tiene acceso a otra cobertura grupal a través de su empleador y está inscrito/a en esa cobertura. ($ 0)
- ☐ Mi cónyuge / pareja de hecho tiene acceso a otra cobertura grupal a través de su empleador, pero no está inscrito/a en esa cobertura sino en PEBB. ($ 50)
- ☐ Mi cónyuge / pareja de hecho no tiene acceso a ninguna otra cobertura grupal ofrecida por un empleador. ($ 0)
- ☐ Yo no cubro a un cónyuge / pareja de hecho en un plan médico de PEBB. ($ 0)

6. Uso de tabaco. **Si usted se inscribe en un plan médico y no llena la Sección 6, se deducirá un recargo mensual por uso de tabaco ($ 25.00 por empleado y $ 25.00 por cónyuge / pareja inscrita en plan médico) de su pago por la cobertura de PEBB durante el año 2017.**

Marque una casilla:

- ☐ Yo uso tabaco y mi cónyuge / pareja de hecho no usa tabaco. ($ 25)
- ☐ Yo no uso tabaco y mi cónyuge / pareja de hecho usa tabaco. ($ 25)
- ☐ Tanto mi cónyuge / pareja de hecho como yo usamos tabaco. ($ 50)
- ☐ Ni mi cónyuge / pareja de hecho ni yo usamos tabaco. ($0)
- ☐ Yo uso tabaco y no tengo un cónyuge / pareja de hecho cubierto por PEBB. ($ 25)
- ☐ Yo no uso tabaco y no tengo un cónyuge / pareja de hecho cubierto por PEBB. ($ 25)
- ☐ No estoy inscrito en los planes médicos de PEBB.
- ☐ Mi médico o ☐ el médico de mi cónyuge o pareja de hecho nos aconsejó que no dejáramos de usar tabaco (Exención médica). ($ 0)

7. Opciones de seguro de vida – Llene sólo las secciones con cambios. Deje en blanco las demás.

7.a Seguro de vida de dependientes. Provee $5,000 de cobertura para cada uno de sus dependientes elegibles para PEBB (incluso su cónyuge o pareja de hecho). **No** se requiere presentar historia clínica. La tasa de la prima es de $1.29 por mes. Ver más información en http://www.oregon.gov/oha/pebb/Pages/Dependent-Life.aspx

☐ Inscribir para cobertura ☐ Cancelar la cobertura

7.b Seguro de vida opcional para empleados. Si usted se inscribe por primera vez o desea aumentar el monto de su cobertura existente, debe presentar su historia clínica. El formulario de historia clínica (incrementos de $ 20.000, m á x i m o $ 600.000). Ver tasas e información en http://www.oregon.gov/oha/pebb/Pages/Optional-Employee-Life.aspx

☐ Inscribir o aumentar la cobertura	☐ Cancelar la cobertura	☐ Reducir la cobertura a:
Monto actual	**Monto adicional solicitado** (Debe presentar historia clínica antes del 4/10/2016)	**Monto total**
$_____ +	$_____=	$_____

Respuesta obligatoria: Uso de tabaco, marcar una respuesta

☐ He usado productos de tabaco en los últimos 12 meses. (Se aplican las tasas de prima para las personas que usan tabaco)

☐ No usé productos de tabaco en los últimos 12 meses. (Se aplican las tasas de prima para las personas que no usan tabaco)

7. c Seguro de vida opcional para cónyuge / pareja de hecho. Si esta persona se inscribe por primera vez o desea aumentar el monto de su cobertura existente, debe presentar su historia clínica. El formulario de historia clínica (incrementos de $ 20.000, m á x i m o $ 600.000). Ver tasas e información en http://www.oregon.gov/oha/pebb/Pages/Spouse-Partner-Life.aspx

☐ Inscribir o aumentar la cobertura	☐ Cancelar la cobertura	☐ Reducir la cobertura a:
Monto actual	**Monto adicional solicitado** (Requiere antecedentes médicos antes del 4/10/2016)	**Monto total**
$_____ +	$_____=	$_____

Respuesta obligatoria: Uso de tabaco, marcar una respuesta

☐ He usado productos de tabaco en los últimos 12 meses. (Se aplican las tasas de prima para las personas que usan tabaco)

☐ No usé productos de tabaco en los últimos 12 meses. (Se aplican las tasas de prima para las personas que no usan tabaco)

8. Seguro por discapacidad

Los beneficios reemplazan una parte del salario cuando el trabajador tiene una demanda por discapacidad calificada. **Llene sólo las secciones con cambios. Deje las demás en blanco.**

8.a Discapacidad de corta duración

La tasa de la prima es igual a su salario mensual bruto multiplicado por 0,0064. Ver tasas e información en http://www.oregon.gov/oha/pebb/Pages/Short-Term-Disability.aspx

☐ Inscribir para cobertura ☐ Cancelar la cobertura

8.b Discapacidad de larga duración

La prima mensual depende de la tasa (indicada al lado del plan) multiplicada por su salario mensual bruto. Ver tasas e información en http://www.oregon.gov/oha/pebb/Pages/Long-Term-Disability.aspx

☐ Inscribir para cobertura (elegir uno)	☐ Cambiar mi cobertura (marcar uno)	☐ Cancelar mi cobertura
Período de espera – Nivel de cobertura	☐ 90 días – 60% (0,0051)	☐ 90 días – 66 2/3% (0,0106)
	☐ 180 días – 60% (0,0018)	☐ 180 días 66 2/3% (0,0027)

9. Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D)

Llene sólo si hay un cambio. Para tasas e información, vaya a **http://www.oregon.gov/oha/pebb/Pages/ADD.aspx**

☐ Cancelar mi cobertura

☐ Cobertura para empleado solamente (prima = $1 por $50.000, incrementos de $50.000, máximo $500.000)	Monto total de la cobertura $_____
☐ Cobertura para empleado y dependientes (prima = $1,70 por $50.000, incrementos de $50.000, máximo $500.000)	Monto total de la cobertura $_____

10. Designación de beneficiario(s).

Clave de entidad: I – Individual, W – Testamento, T = Fideicomiso en vida. El total de los porcentajes primarios debe ser = 100%. El total de los porcentajes secundarios debe ser = 100%. Usted mismo puede cambiar su designación de beneficiario en cualquier momento durante el año en http://www.pebb.benefits.oregon.gov/members/!pb.main

☐ **Orden estándar de supervivencia (sin nombrar beneficiario/s)**

☐ **Designo a las siguientes personas como beneficiarios (dar la lista de los beneficiarios)**

Nombre	Parentesco	Dirección	Entidad	Primario	Secundario	% total
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	

11. Firma y autorización del empleado. Si decidió participar en el programa HEM o excluirse del plan médico, su firma aquí indica que está de acuerdo con los términos del acuerdo HEM, o con la certificación de la cobertura optativa de exclusión.

Declaro que las personas que figuran en el formulario de inscripción y yo somos elegibles para la cobertura solicitada. Entiendo que las selecciones de beneficios hechas en esta solicitud estarán en efecto mientras yo siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de PEBB, o hasta que decida cambiarlas, sin perjuicio de lo dispuesto en el plan de PEBB. He leído los documentos sobre beneficios y entiendo las limitaciones y calificaciones del programa de beneficios de PEBB. Si es necesario, autorizo que los pagos de la prima se deduzcan de mi sueldo.

Entiendo que:

- Una persona que a sabiendas hace una declaración falsa en relación con una solicitud de beneficios puede estar sujeta a prisión y multas.
- El hacer declaraciones falsas a sabiendas puede ser causa de terminación de mi inscripción, denegación de mi inscripción en el futuro, o daños civiles.

También entiendo que si no informo en este formulario de inscripción un cambio que causó la pérdida de elegibilidad de un miembro de mi familia, PEBB puede considerar que mi omisión es una tergiversación intencional de un hecho pertinente a mi inscripción. En ese caso, PEBB puede cancelar la cobertura de esa persona en forma retroactiva, de conformidad con las normas de PEBB.

Este formulario reemplaza todos los formularios y solicitudes que yo pueda haber presentado previamente para la cobertura de PEBB. Por la presente declaro que las declaraciones anteriores son verdaderas a mi leal saber y entender, y entiendo que están sujetas a sanción por reclamos falsos.

_____ _____

Firma del empleado Fecha

Si NO desea que las primas se deduzcan antes de descontar sus impuestos, ponga sus iniciales aquí_____.

Presente el formulario lleno en la oficina de nómina de su agencia o de beneficios de su universidad antes del 31 de octubre de 2016.

Todos los documentos requeridos que no se adjunten a este formulario se deberán presentar en su agencia antes del 4 de noviembre de 2016.

Guarde una copia de sus formularios de beneficios para sus archivos.

Cualquier alteración de este formulario puede hacerlo inefectivo.