

SECCIÓN F: Solo por uso administrativo

Empleador: _____	Número de grupo: _____
Vigente el primer día de: ____/____/____ (MM/AAAA)	Número de subgrupo: _____

Solicitud de Inscripción/Formulario de Modificación

Instrucciones en el reverso.

SECCIÓN A: Evento Calificado

<input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO/A (Llene las secciones B, C, D, E) <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA (Llene las secciones B, C, D, E) <input type="checkbox"/> Dental Plan: <input type="checkbox"/> Premier <input type="checkbox"/> PPO plus Premier <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> enhanced Premier <input type="checkbox"/> Visión Opción: <input type="checkbox"/> High/Buy-up <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Low/Base	<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN / CAMBIO DE SITUACIÓN (Llene las secciones B, C, D, E) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Cancelar la Cobertura (Llene las secciones B, E) <input type="checkbox"/> COBRA (Llene las secciones B, C, D, E) <input type="checkbox"/> Cambio de Dirección (Llene las secciones B, E) <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre A: _____ De: _____ <input type="checkbox"/> Inscribir/Retirar Dependiente(s) (Llene las secciones B, C, E) <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Retiro/Jubilo <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Otra razón (describa): _____
<input type="checkbox"/> DECLINAR COBERTURA (Llene secciones B, D, E) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	

SECCIÓN B: Datos Personales - Empleado/a

Nº Seguro Social /EIN	Empresa Empleadora	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a
Apellido(s)	Nombre (primero, segundo)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SE (Sin Especificar)
Dirección postal		Fecha de Nacimiento ____/____/____ MM DD AAAA
Ciudad	Estado	Código postal
		Dirección de correo electrónico

SECCIÓN C: DATOS PERSONALES - DEPENDIENTE(S)

Inscribir	Cambiar	Retirar	Apellido (si es diferente), Nombre (primero, segundo)	Dental	Visión	Parentesco con Empleado/a	Sexo M/F/SE	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Estudiante de tiempo completo (Si/No)	Discapacidad (Si/No)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				____/____/____ MM DD AAAA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				____/____/____ MM DD AAAA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				____/____/____ MM DD AAAA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				____/____/____ MM DD AAAA		

SECCIÓN D: Información sobre otra cobertura de seguro

¿Usted o alguien en su familia tiene cobertura con otro plan de seguro dental para grupo? **SÍ** - Por favor marque las casillas correspondientes y llene la sección D **NO** - Por favor siga a la sección E

Seguro Médico Dental COBRA Jubilado Visión

Nombre de la compañía de seguro	Fecha de entrada en vigor para la cobertura ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
Titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Por favor indique a quién corresponde la cobertura (marque todas que apliquen) Mismo(a) Esposo(a) Hijos e hijas Niño/a _____
Nombre(s)

Nombre del/de la Dependiente	Parentesco/Relación con el Titular de la Póliza

SECCIÓN E: Autorización

Por la presente solicito cobertura de seguro con Delta Dental de Arizona conforme a los términos indicados en el reverso de este formulario e incorporados por referencia.

_____ Firma/Autorización del Empleado(a)	_____ Fecha de la Firma (MM/DD/AAAA)	_____ Firma/Autorización del Empleador	_____ Fecha de la Firma (MM/DD/AAAA)
---	---	---	---

Por la presente solicito beneficios de seguro dental o de visión con Delta Dental of Arizona (Delta Dental) y por mi parte y en nombre de cualquier dependiente acepto cumplir con las disposiciones de mi plan dental o de visión (en lo sucesivo, el Plan). Si se acepta esta solicitud, la presente forma, la tarjeta de identificación y el contrato de grupo formarán el Plan.

Entiendo y acepto que la cobertura para mí y cualquier dependiente entrará en vigor en la fecha establecida por mi empleador en la Sección F. Cualquier dependiente que sea inscrito más tarde a mi Plan tendrá diferentes fechas de vigencia.

Le autorizo a mi empleador o administrador de grupo a descontar de mi pago cualquier prima dental por 12 meses y durante cualquier período de renovación. Mi empleador o administrador de grupo estará autorizado a remitir una prima a Delta Dental y de recibir cualquier notificación de Delta Dental pertinente a mi cobertura de seguro. Entiendo que la inscripción es por un período consecutivo de 12 meses, y que mi contribución está sujeta a cambios en la renovación. Además, entiendo que el incumplimiento de estos términos anula cualquier beneficio durante un período de inscripción.

Avisaré a Delta Dental en cuanto a cualquier cambio que podría resultar en que yo o cualquier de mis dependientes se haga inelegible para cobertura. Cooperaré con Delta Dental y proporcionaré toda la información que sea necesaria para que Delta Dental pueda ejercer su derecho a coordinar los beneficios. Entiendo que Delta Dental puede denegar reclamaciones y anular mi cobertura o puede aumentar la prima cobrada a mi empleador si encuentra que haya falsificado la información en mi forma de solicitud. Si se descubre información falsa o engañosa, Delta Dental puede anular mi cobertura sin previo aviso y reembolsar mi prima a la fecha efectiva que se muestra en esta solicitud o puede ajustar la prima del grupo retroactivamente a la fecha efectiva que se muestra en esta solicitud. Cualquier reclamación pagada durante los períodos en que la cobertura no estaba en vigor se deducirá del reembolso de la prima. Si los beneficios pagados por Delta Dental exceden la prima pagada, acepto reembolsar cualquier cantidad en exceso a Delta Dental.

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto que Delta Dental of Arizona y/o proveedores externos que actúen en su nombre puedan enviarme correos electrónicos con información relacionada a la salud y el bienestar, mi cobertura o los servicios que recibo.

Cualquier persona que tenga la intención de engañar a una aseguradora, que a sabiendas presente una solicitud o presente una reclamación que incluya una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros. Al firmar la presente, certifico, bajo pena de sanciones legales, que la información presentada en este formulario es exacta y completa.

Usos y divulgaciones de la información médica: En Delta Dental, usamos su información médica para confirmar la elegibilidad y los beneficios, para pagar las reclamaciones de su dentista, para coordinar los beneficios con otras empresas de seguro, para administrar el contrato dental de grupo y para realizar el control de calidad. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, visite www.deltadentalaz.com en la sección de política de privacidad o comuníquese con el departamento de servicios al cliente, teléfono: 602.938.3131 ó 800.352.6132, correo electrónico: customerservice@deltadentalaz.com.

Instrucciones

SECCIÓN A - Determinar el Evento Calificado

Por favor marque o llene todas las casillas que apliquen si usted se está inscribiendo por primera vez o si está modificando su cobertura actual. Si usted está pidiendo una actualización de su cobertura de seguro, por favor seleccione el evento calificado que corresponde e indique la fecha de dicho evento.

Nuevo Empleado(a)/Inscripción Abierta: Seleccione de los planes dentales que ofrece su empleador. Si desea inscribirse para el seguro de visión y su empleador lo está ofreciendo, por favor marque la casilla de visión. Llene las secciones B, C, D y E.

Declinar la Cobertura: Si usted desea declinar o la cobertura dental o la cobertura de visión, por favor marque la opción correspondiente. Por favor llene las secciones B, D y E.

Modificación o cambio de situación:

- **Cancelar la Cobertura** - marque la casilla "Cancelar la cobertura" y llene las secciones B y E.
- **COBRA** - Marque la casilla "COBRA" y llene las secciones B, C, D y E.
- **Cambio de Dirección (domicilio)** - marque la casilla "Cambio de dirección" y llene las secciones B y E.
- **Inscribir / Retirar Dependientes** - marque el evento calificado, ponga la fecha del evento y llene las secciones B, C y E.

SECCIÓN B Datos personales - Empleado/a

Por favor llene esta sección completamente para cualquier circunstancia.

SECCIÓN C Datos personales - Dependiente(s)

Marque la casilla que corresponde para inscribir, cambiar, o retirar alguna información sobre un dependiente. Llene toda la información pertinente al dependiente y seleccione la opción para inscribirle a un plan dental o de visión, o para hacer los cambios necesarios.

SECCIÓN D Información sobre otro seguro

Llene esta sección si usted o algún dependiente suyo ya tiene cobertura dental que no será cancelada cuando este plan entre en vigor.

SECCIÓN E Autorización

Cuando ha llenado las secciones correspondientes y ha revisado los términos citados anteriormente, por favor firme y ponga la fecha.
Empleador: firme y ponga la fecha en el formulario antes de entregarlo a Delta Dental de Arizona.

SECCIÓN F - Solo por uso administrativo

Firme y entregue el formulario a su empleador, que llenará la sección F.
Empleador: llene la sección F antes de entregar el formulario a Delta Dental de Arizona.