



Escriba con tinta negra - Al escribir, presione firmemente el bolígrafo. - Varias copias

P.O. Box 43000, Phoenix, AZ 85080-3000
Teléfono (602) 938-3131 — (800)-352-6132

Delta Dental de Arizona
Inscripción / Formulario de Cambio de Situación

SOLO PARA USO DE DELTA DENTAL

Form fields for Group #, Code of rate, Date of validity, and Start date.

SECCIÓN A: HECHO CUALIFICADO (Miembro, marcar uno)

Form fields for Section A including options for new enrollment, termination date, marital status, and other events.

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Form fields for Section B including Social Security/EIN number, marital status, gender, date of birth, date of enrollment, and employer information.

SECCIÓN C: INFORMACION DE PERSONAS A CARGO

Table with columns for adding, changing, or removing dependents, including fields for name, SSN, relationship, gender, birth date, and full-time student status.

* Si una de las personas a cargo tiene más de 19 años y es estudiante de tiempo completo, adjuntar la siguiente información: nombre de su institución educacional, cantidad de horas de créditos y año que cursa. Si la persona a cargo es discapacitada, adjuntar documentación médica actual.

SECCIÓN D: DOBLE COBERTURA

¿Usted o algún miembro de su familia cobertura en otro plan de seguro dental de grupo? En caso afirmativo, indique a qué plan pertenece:

Form fields for Section D including options for SI (complete info) or No (move to Section E).

Form fields for Section D including insurer name, policyholder name, employer name, and phone numbers.

Table for Section D listing dependents with columns for name and relationship to the policyholder.

SECCIÓN E: AUTORIZACIÓN

Por medio del presente, solicito mi incorporación a Delta Dental de Arizona, Inc., de acuerdo con las condiciones especificadas al reverso de este formulario, las que por el presente se incorporan por referencia.

Form fields for Section E including signature and Social Security number.

Firma/Autorización del afiliado

Escriba nuevamente el N° de Seguro Social

Fecha en que se firmó

Por la presente, solicito que se me acepte como miembro de Delta Dental of Arizona, Inc. (Delta Dental). Entiendo que mi cobertura y la de todos mis dependientes, tendrá efecto a partir de la fecha establecida por mi contrato dental (en adelante, el "Plan"), con lo que estoy de acuerdo. Cada dependiente agregado a mi Plan en el futuro tendrá distinta fecha de vigencia.

Mi empleador o grupo administrador está autorizado a descontar de mis haberes mi parte de las primas dentales, si la hubiera, durante 12 meses y períodos de renovación de 12 meses, y está autorizado a remitir una prima a Delta Dental y recibir todos los avisos de Delta Dental con relación a mi cobertura. Entiendo que las inscripciones son por período(s) consecutivo(s) de 12 meses y que mi aporte está sujeto a cambio en la fecha de aniversario anual. Asimismo, entiendo que la falta de cumplimiento con estos términos anularía todo beneficio durante dicho período de inscripción.

Yo soy responsable por notificar a Delta Dental de cualquier cambio que haría que yo o cualquiera de mis dependientes resultara inelegible para la cobertura.

Cooperaré con Delta Dental y proporcionaré toda información solicitada para que el Plan logre hacer uso de su derecho de coordinar beneficios. Por la presente, autorizo a todo médico, dentista, hospital o compañía de seguros que cuente con registros de información relativa a la historia médica u otro seguro, pertenecientes a mí o a las personas especificadas como mis dependientes, a que proporcione dichos registros, datos o información a solicitud de Delta Dental o de su representante debidamente autorizado, con la finalidad de realizar una revisión de elegibilidad, determinar beneficios (si los hubiera), administrar el contrato de grupo, detectar o prevenir fraudes o falsas declaraciones, realizar auditorías y para la administración de reclamaciones. Por la presente, autorizo a Delta Dental a divulgar información relacionada con mis beneficios y con los de las personas especificadas como dependientes bajo este plan, a cualquier consultorio dental. Entiendo que esta autorización es válida por un mínimo de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de su firma y/o la última renovación durante el período de inscripción abierta. Se considerará una fotocopia de esta autorización tan efectiva y válida como el original. Entiendo que yo, o cualquier representante autorizado, podrá recibir, a su pedido, una copia de esta autorización. Esta información también será proporcionada por Delta Dental a sus representantes legales.

En la medida en que la ley lo permita, Delta Dental está autorizado a proporcionar toda la información y copias de mis registros requeridos por compañías de seguros, planes dentales u otras partes con la finalidad de determinar la elegibilidad para cobertura o beneficios, coordinar beneficios, revisión de utilización o auditoría. Autorizo a Delta Dental, sus representantes legales o cualquier persona u organización que administre reclamaciones en su nombre, a divulgar a mi empleador o titular de póliza de grupo, un resumen de las reclamaciones por mí presentadas o presentadas por mis dependientes elegibles, con la finalidad de verificar las reclamaciones presentadas bajo mi plan, revisión de utilización, o con la finalidad de llevar a cabo una auditoría de operaciones o servicios. Si mis beneficios son proporcionados bajo un plan autofinanciado, autorizo a las partes mencionadas anteriormente a divulgar toda información necesaria al plan autofinanciado, y comprendo que toda información divulgada de tal manera es propiedad de mi empleador, el que podrá retener la misma.

Toda falsa declaración que se encuentre en esta solicitud podrá acarrear que se me nieguen beneficios o se cancele mi cobertura. Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga cualquier declaración falsa o que, en la misma, disimule con finalidad de engaño cualquier información con relación a cualquier hecho material, estará cometiendo un acto fraudulento de seguro, el que es un crimen. Si se acepta esta solicitud, la misma, junto con la tarjeta de identificación y el contrato de grupo, constituirán el contrato.

Usos y Divulgación de Informaciones Relativas a la Salud: En Delta Dental, utilizamos su información médica para confirmar elegibilidad y beneficios, pagar las reclamaciones de su dentista, coordinar beneficios con otras compañías de seguros, administrar el contrato dental de grupo y realizar aseguramiento. JAMÁS vendemos la información que recabamos al procesar transacciones a su pedido. Usted puede estar seguro de que, al procesar o realizar actividades relativas a una transacción a su solicitud, sólo la información mínima necesaria con relación a informaciones relativas a su cuenta o historia personal será utilizada o divulgada, según lo permita la ley. Como rutina, Delta no registra la identidad del receptor de la información que hemos revelado para confirmar elegibilidad y beneficios, pagar reclamaciones de su dentista, coordinar beneficios con otras compañías de seguros, administrar el contrato dental de grupo y garantizar la calidad. Para mayores informaciones sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor, visite el sitio www.deltadentalaz.com - política de privacidad, o entre en contacto con Servicios al Cliente al teléfono (602) 938-3131 u (800) 352-6132. Correo electrónico: customerservice@deltadentalaz.com.