



SECTION F: Employer Use Only

Employer Name: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_
Effective 1st Day of: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/YYYY) Sub-location: \_\_\_\_\_

Solicitud de Inscripción/Modificación

Instrucciones en el reverso

SECCIÓN A: Evento Calificado

NUEVO EMPLEADO/A (Llene las secciones B, C, D, E)
INSCRIPCIÓN ABIERTA (Llene las secciones B, C, D, E)
Dental Plan: Premier, PPO plus Premier, PPO, enhanced Premier, Vision
Opción: Alta/comprar cobertura ampliada, Baja/básica

MODIFICACIÓN / CAMBIO DE SITUACIÓN (Llene las secciones B, C, D, E)
Dental, Visión
Cancelar la Cobertura (Llene las secciones B, E) COBRA (Llene las secciones B, C, D, E)
Cambio de Domicilio (Llene las secciones B, E)
Cambio de Nombre A: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_
Agregar/Quitar Dependiente(s) (Llene las secciones B, C, E)
Matrimonio, Nacimiento, Retiro/Jubilación, Divorcio, Adopción, Pérdida de cobertura, Otra razón (describa): \_\_\_\_\_

DECLINAR COBERTURA (Llene las secciones B, D, E)
Dental, Visión

SECCIÓN B: Datos Personales - Empleado/a

Nº Seguro Social /EIN Empresa Empleadora Estado Civil Soltero/a Casado/a
Apellido(s) Nombre (primero, segundo) Sexo M F
Dirección postal Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
Ciudad Estado Código postal Dirección de correo electrónico

SECCIÓN C: Datos Personales - Dependiente(s)

Table with 10 columns: Agregar, Cambiar, Quitar, Apellido (si es diferente), Nombre (primero, segundo), Dental, Visión, Parentesco con Empleado/a, Sexo M/F, Fecha de nacimiento, Estudiante de tiempo completo: Si/No

SECCIÓN D: Información sobre otro seguro

¿Ud. o alguien en su familia tiene cobertura bajo otro plan de seguro dental para grupo? Sí - Por favor marque las casillas correspondientes y llene la sección D NO - Por favor sigue a la sección E
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 Un(a) hijo(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 of Arizona conforme a los términos indicados en el reverso de este formulario e incorporados por referencia.
Autorización/Firma del Empleado(a) Fecha de la Firma (MM/DD/AAAA) Autorización/Firma de la Empresa Empleadora Fecha de la Firma (MM/DD/AAAA)

DDAZ-0002spa-rev-0916

Por la presente estoy solicitando para beneficios de seguro dental o de visión con Delta Dental of Arizona (Delta Dental) y por mi parte y en nombre de cualquier dependiente acuerdo a cumplir con las provisiones de mi plan dental o de visión (el Plan). Si se acepta esta solicitud, la tarjeta de identificación y el contrato de grupo formarán el Plan.

Entiendo y acuerdo que mi cobertura, y la de mis dependientes, entrará en vigor en la fecha establecida por mi empleador en la sección F. Cualquier dependiente que sea agregado a mi Plan más después tendrá una fecha de entrada diferente.

Le autorizo a mi empleador o administrador de grupo a descontar de mi pago cualquiera prima dental por 12 meses y durante cualquier período de renovación. Mi empleador o administrador de grupo estará autorizado a remitir dicha prima a Delta Dental y de recibir cualquiera información relevante a mi cobertura de seguro. Entiendo que la inscripción es por un período de 12 meses consecutivos y que mi contribución estará sujeto a cambiar en la renovación. Además, entiendo que los beneficios pueden ser cancelados por incumplimiento de estos términos durante un período de inscripción.

Acuerdo que avisaré a Delta Dental en cuanto a cualquier cambio que podría resultar en que yo o cualquier de mis dependientes se haga ineligible para cobertura.

Acuerdo que 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 cualquier reclamo y cancelar mi cobertura o puede aumentar la prima que le cobra a mi empleador si encuentra que he falsificado la información en mi solicitud. Si Delta Dental se dé cuenta de alguna información falsa o mal representada por mi parte, podrá cancelar mi cobertura [de seguro] sin aviso ninguno y reembolsar mi prima hasta la fecha de esta solicitud, o podrá hacer un ajuste retroactivo a la prima del grupo hasta la fecha, anotada en esta solicitud, en que mi plan entró en vigor. Cualquier reclamo que se haya pagado durante los períodos cuando la cobertura no estaba en vigor será descontado del reembolso total de la prima. Si los beneficios que pagó Delta Dental exceden el aumento de la prima que pagué, acuerdo que pagaré la diferencia a Delta Dental.

El uso y divulgación de la información sobre la salud: en Delta Dental, usamos su información de salud para confirmar la elegibilidad y los beneficios, para pagar los reclamos de su dentista, para coordinar los beneficios de otras empresas de seguro, para administrar el contrato dental de grupo y para llevar a cabo el control de calidad. Para más información sobre nuestra política de privacidad, sírvase visitar el [www.deltadentalaz.com](http://www.deltadentalaz.com) bajo la sección de política de privacidad o llame al departamento de servicios al cliente al tel. 602.938.3131 ó 800.352.6132, correo electrónico: [customerservice@deltadentalaz.com](mailto:customerservice@deltadentalaz.com).

---

## Instrucciones

---

### SECCIÓN A - Determinar el Evento Calificado

Por favor marque o llene todas las casillas que correspondan aún si Ud. está inscribiéndose por primera vez o si está modificando su cobertura actual. Si Ud. está pidiendo una actualización de su cobertura de seguro, por favor seleccione el evento calificado apropiado 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 Ud. desea declinar, o la cobertura dental o la cobertura de vision, 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 de "cancelar la cobertura" y llene las secciones B y E.
- **COBRA** - Marque la casilla de "COBRA" y llene las secciones B, C, D y E.
- **Cambio de Dirección (domicilio)** - marque la casilla de "cambio de dirección" y llene las secciones B y E.
- **Agregar / Quitar 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 cualquiera circunstancia.

### SECCIÓN C Datos personales - Dependiente(s)

Marque la casilla apropiada para agregar, cambiar, o quitar alguna información sobre el (la) dependiente. Llene toda la información pertinente al dependiente y seleccione la opción para inscribirse a un plan dental o de visión, o para hacer los cambios necesarios.

### SECCIÓN D Información sobre otro seguro

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

### SECCIÓN E Autorización

Cuando termina de completar las secciones correspondientes y ha revisado los términos citados arriba, por favor firme y ponga la fecha. Empresa del Empleador: Firme y ponga la fecha en este formulario antes de presentarla a Delta Dental de Arizona.

### SECCIÓN F - Sólo por uso administrativo

Firme y entregue la solicitud a su empleador, quien llenará la sección F.

Empleador: Necesita llenar la sección F antes de presentar este formulario a Delta Dental de Arizona.