

## Solicitud de Inscripción para Empleados/Formulario de cambios

Envíe por correo a: Premier Access Membership Accounting, 555 University Avenue, Suite 182, Sacramento, CA 95825 ó por fax al: (877) 648-7748  
Por favor, escriba en letra de molde con tinta azul o negra.

Número del Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha vigente de la inscripción/cambio: \_\_\_\_\_

**La solicitud es para:**

- Sólo cobertura dental  
 Cobertura dental y de seguro de vida  
 Sólo cobertura de seguro de vida

**Motivo de la solicitud/cambio**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva inscripción/nueva contratación   | <input type="checkbox"/> Cambio de dirección  |
| <input type="checkbox"/> Evento de elegibilidad ( <i>adjunte documentos que lo sustenten</i> )                | <input type="checkbox"/> Terminar cobertura dental, para suscriptor/a y dependiente/s                     |
| <input type="checkbox"/> Suscriptor/a tardío/a ( <i>Sujeto a período de espera de suscriptor/a tardío/a</i> ) | <input type="checkbox"/> Terminar cobertura dental, sólo para dependiente/s                               |
| <input type="checkbox"/> Añadir dependiente:  | <input type="checkbox"/> Terminar cobertura de seguro de vida   |
| Matrimonio ( <i>Fecha del matrimonio: _____</i> )   | <input type="checkbox"/> Cambio en otro seguro dental ( <i>Por favor, vea el reverso</i> )                |
| Nacimiento/adopción ( <i>Fecha del nacimiento/adopción: _____</i> )   | <input type="checkbox"/> Cambio de beneficiario/a del seguro de vida ( <i>Por favor, vea el reverso</i> ) |
| Otro ( <i>Especifique: _____</i> )  | <input type="checkbox"/> Otro ( <i>Especifique: _____</i> )   |

**Información sobre el/la suscriptor/a (empleado/a)**

Número del seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Tel. de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (*E-mail*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M ¿Casado/a?  Sí  No ¿Niños?  Sí  No

Nombre del empleador (compañía): \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ División/Clase: \_\_\_\_\_ Horas trabajadas a la semana: \_\_\_\_\_

**Información sobre dependientes** *Nueva inscripción/nueva contratación:* Complete esta sección para todos los dependientes que inscribirá.

*Añadir dependiente:* Complete esta sección sólo para los dependientes que está añadiendo a su inscripción existente.

*Sólo terminar cobertura de dependientes:* Complete esta sección sólo para los dependientes que terminará.

Parentesco con el/la suscriptor/a	Apellido	Nombre e inicial	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Si el/la dependiente tiene 19 años o más, marque la categoría pertinente, y adjunte documentos que lo demuestren. Vea la nota importante abajo.***	
					19 años o mayor y menor de 24, estudiante a tiempo completo o dependiente conforme al IRS	19 años o mayor, incapacitado/a y mantenido/a por completo
Espos/o					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño/a					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño/a					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño/a					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño/a					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tienen usted o sus dependientes otra cobertura dental?  Sí  No (*Si es así, complete la información en el reverso.*)

**Beneficios de seguro de vida – Cobertura elegida:** (*Si eligió cobertura, complete la información sobre el/la beneficiario/a en el reverso.*)

Empleado/a:			Dependiente/s:		
<input type="checkbox"/> De vida básicos	<input type="checkbox"/> AD & D básicos	<input type="checkbox"/> LTD con opción de compra	<input type="checkbox"/> De vida para esposo/a	<input type="checkbox"/> De vida para niño/a	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> STD	<input type="checkbox"/> LTD	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> AD & D para esposa/o	<input type="checkbox"/> AD & D para niño/a	

Yo certifico que la información en esta solicitud, incluyendo la información en el reverso de esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que Premier\* se reserva el derecho a anular o terminar la cobertura si se hace cualquier falsificación material en esta solicitud de inscripción. He leído y estoy de acuerdo con el aviso en el reverso de este formulario.

**Firma del/de la empleado/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\* Todas las referencias a "Premier" en este documento se refieren a la Compañía de Seguros Premier Access

\*\* Todas las referencias a "Lincoln" en este documento se refieren a la Compañía Nacional Reaseguradora Lincoln

\*\*\* Si no se adjuntan documentos que sustenten la información con este formulario, Premier no podrá tramitar los reclamos para el/la dependiente.

## Solicitud de Inscripción para Empleados/Formulario de cambios

Envíe por correo a: Premier Access Membership Accounting, 555 University Avenue, Suite 182, Sacramento, CA 95825 ó por fax al: (877) 648-7748

### Información sobre otra cobertura dental

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_

Empleador de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

¿Están sus hijos dependientes inscritos bajo el plan dental de su esposa/o?  Sí  No

Yo/nosotros no tenemos otra cobertura dental.

### Información sobre los beneficiarios del seguro de vida

*Nota: El/la/los beneficiario/a/s principal/es recibirá/n los beneficios de su seguro de vida. Si el/la/los beneficiario/a/s principal/es ya no vive/n, el/la/los beneficiario/a/s secundario/a/s recibirá/n los beneficios.*

Apellido, Nombre, Inicial	# del Seguro Social	Dirección	Fecha de nac.	Parentesco	Designación
					Distribución del ___% <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secundario
					Distribución del ___% <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secundario

### LA LEY DE CALIFORNIA PROHIBE QUE SE REQUIERA UNA PRUEBA DEL VIH, O QUE LAS COMPAÑÍAS DE SEGURO MÉDICO LA UTILICEN COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA DE SEGURO MÉDICO.

Yo, a nombre mío y a nombre de mi/s dependiente/s en esta solicitud de inscripción, por la presente (1) solicito cobertura del grupo de seguros para el cual reúno o podría reunir los requisitos; (2) autorizo a mi empleador a que haga las deducciones necesarias para las contribuciones, si las hubiera, que el seguro requiera, o estoy de acuerdo en que las contribuciones se agreguen a mis cuotas; (3) declaro que me convertí en un/a empleado/a a tiempo completo en la fecha que se indica en el reverso, y que actualmente trabajo el número de horas a la semana que se indican en el reverso; (4) estoy de acuerdo en mis obligaciones con respecto a los beneficios, copagos, deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos y condiciones del Certificado de Seguro de *Premier*\*, (5) estoy de acuerdo en que si yo o mis dependientes recibimos servicios dentales después de que mi cobertura se haya terminado o interrumpido, yo soy responsable de reembolsar a *Premier* por cualesquier pagos que no se recuperen que *Premier* haya hecho por dichos servicios; y (6) entiendo que la verificación de elegibilidad por parte de *Premier* no garantiza el pago de reclamos, y que los cambios de elegibilidad retroactiva substituyen las verificaciones de elegibilidad.

**ARBITRAJE OBLIGATORIO CONFERIDO POR MANDATO:** Entiendo que, en caso de que surja una disputa entre yo o mi/s Dependiente/s y *Premier*, ésta deberá resolverse por medio de arbitraje obligatorio y neutral, según se dispone en el Certificado de Seguro de *Premier*.

**REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DENTAL:** Yo, a nombre mío, y a nombre de mi/s Dependiente/s que se indica/n en esta Solicitud de Inscripción, por este medio, autorizo a *Premier* a que revele información dental a las dependencias gubernamentales oficiales, así como a otros individuos, cuando se requiera conforme a las leyes estatales o federales apropiadas, o en conformidad con un proceso legal, y a que revele y obtenga información dental a o de otras agencias y proveedores apropiados, para que se proporcionen servicios y suministros dentales necesarios cubiertos por *Premier*. Esta autorización permanecerá vigente durante el término de mi inscripción y de la de mi/s Dependiente/s.

**DERECHO A REEMBOLSO:** Yo, a nombre mío, y a nombre de mi/s Dependiente/s que se indica/n en esta Solicitud de Inscripción, por este medio, estoy de acuerdo en que en caso de que se me proporcionen a mí o a mi/s Dependiente/s cualesquier servicios dentales cubiertos por *Premier*, que sean la responsabilidad financiera principal de otra parte, debido a otra cobertura dental, o a causa de los actos u omisión de otra persona, yo informaré a *Premier* por completo, y ejecutaré tales asignaciones, gravámenes u otros documentos que podrían ser necesarios para permitir que *Premier* recobre el valor de los servicios y suministros proporcionados. Además, estoy de acuerdo en que en caso de que yo o cualquiera de mi/s Dependiente/s cobre/n beneficios o daños de cualquier otra parte que tenga responsabilidad principal de los servicios proporcionados por *Premier*, yo reembolsaré inmediatamente a *Premier*, en la medida en que se reciban los servicios y suministros.

**SEGURO DE VIDA:** Si he elegido beneficios de seguro de vida, por este medio, yo solicito cobertura para mí y para cualesquier dependientes que reúnan los requisitos, según se indican en este formulario, y autorizo a mi empleador a que deduzca mi contribución (si la hubiera) de mi pago, para el costo de la cobertura. Certifico que el/los dependiente/s que se enumera/n es/son mi/s dependiente/s, según lo define el plan, y que cualquier cambio en la situación de dependientes se le informará a *Premier* y *Lincoln*. Estoy de acuerdo en comprometerme a respetar todos los términos del plan bajo el cual estoy solicitando cobertura. Certifico que a mi leal saber y entender, la información que se indica en este formulario de inscripción es correcta. Yo autorizo a cualquier médico con licencia, a cualquier persona que ejerza la medicina, clínica, hospital u otro establecimiento médico o relacionado de manera médica, compañía de seguros, a la Oficina de Información Médica (*Medical Information Bureau*) u otra organización o institución que apoye seguros, que tengan cualesquier expedientes o conocimientos acerca de mí o de mis dependientes, según se indican en este formulario, sobre mi salud o su salud, a que den a *Lincoln*\*\* o a sus representantes o reaseguradores dicha información, y a que atestigüen en lo referente a dicha información, todo en la medida en que la ley lo permita.

**AVISO:** Cualquier persona que, con la intención de cometer un fraude, o quien a sabiendas de que está facilitando un fraude en contra de una compañía aseguradora, presenta una solicitud o presenta un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude contra seguros, y podrían imponérsele multas y encarselársele.

\* Todas las referencias a "Premier" en este documento se refieren a la Compañía de Seguros Premier Access

\*\* Todas las referencias a "Lincoln" en este documento se refieren a la Compañía Nacional Reaseguradora Lincoln