

Formulario de Inscripción de UnitedHealthcare Dental®

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO (si no es el mismo que el No. Seg. Soc.)		<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Cancelación <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Cambio de Dirección <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre Fecha del Cambio ____/____/____	
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL 2º NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DEL INSCRITO
DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO Particular () Trabajo ()					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)
COBERTURA DEL PLAN <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Individual + Cónyuge (o Pareja de Hecho*) <input type="checkbox"/> Individual + Hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar					
Si su empleador le ofrece opciones de planes dentales, escriba aquí el plan elegido (por ej., Options PPO, Indemnity) y el código del plan (por ej., P1211):					

INFORMACIÓN PARA COBERTURA DE DEPENDIENTES

Cónyuge e Hijos Solteros Dependientes Exclusivamente (Incluir Fecha de Nacimiento)						
Nombre	Inicial	Apellido (en caso de ser diferente)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Parentesco**	Si su hijo(a) es mayor de 19 años, indique su estado y escuela	
				<input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho*	<input type="checkbox"/> Estudiante en _____ <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cancelación _____ NOMBRE DE LA ASEGURADORA
				<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Estudiante en _____ <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cancelación _____ NOMBRE DE LA ASEGURADORA
				<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Estudiante en _____ <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cancelación _____ NOMBRE DE LA ASEGURADORA
				<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Estudiante en _____ <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cancelación _____ NOMBRE DE LA ASEGURADORA
				<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Estudiante en _____ <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cancelación _____ NOMBRE DE LA ASEGURADORA

* La cobertura de Parejas de Hecho la determina su empleador. Confirme la cobertura para Parejas de Hecho con su empleador.

** Para un dependiente designado por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Para obtener más información sobre la admisión como estudiante de tiempo completo, consulte a un representante del empleador. Si el dependiente no reside con el empleado elegible, proporcione la dirección en una hoja aparte.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR – SECCIÓN DEL EMPLEADOR/TO BE FILLED OUT BY EMPLOYER

COMPANY NAME:		ENROLLEE EFFECTIVE DATE: (Mo/Day/Yr) ____/____/____		CLASS CODE:
ENROLLMENT: <input type="checkbox"/> New Hire <input type="checkbox"/> Other	DATE OF HIRE: (Mo/Day/Yr) ____/____/____	POLICY NUMBER:	PLAN VARIATION/REPORTING CODE:	PLAN CODE:
EMPLOYER AUTHORIZATION				

Declaro que la información que he proporcionado en este formulario es completa y exacta.

Entiendo que el plan de beneficios dentales que he elegido reembolsa determinados costos dentales, los cuales se describen detalladamente en el Certificado de Cobertura o en la Breve Descripción del Plan vigentes. Entiendo que pueden darse circunstancias en las que las decisiones de tratamiento por parte mía o de mi dentista o bien, los gastos dentales en los que haya incurrido pueden no estar cubiertos por mi plan de beneficios dentales.

Entiendo que la información reunida en relación con la administración del plan de beneficios puede utilizarse para darme a conocer productos o servicios de salud que puedan resultarme útiles y demás, según lo permita la ley. Entiendo que es posible que combinen dicha información con otra de modo que ya no se pueda identificar individualmente y que la utilicen con fines comerciales o de otro tipo.

Entiendo que si yo y/o mis dependientes, en caso de tener a cargo, renunciemos a la cobertura y decidimos participar en el plan más adelante, es posible que se nos considere como solicitantes fuera de plazo y que podamos solicitar la cobertura en el próximo período de inscripción abierta. Entiendo además que si renuncio a la inscripción en la cobertura para mí o mis dependientes (incluido/a mi cónyuge) por contar con otra cobertura dental, es posible que en el futuro pueda inscribirme o inscribir a mis dependientes en este plan, siempre y cuando solicite hacerlo dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la cobertura bajo el otro plan. Asimismo, si se crea una nueva relación de dependencia como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción, es posible que pueda inscribirme e inscribir a mis dependientes, siempre y cuando solicite hacerlo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de dicho matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción.

Cualquier persona que, a sabiendas, y con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa incurrirá en un delito grave de tercer grado.

El Certificado proporciona únicamente beneficios dentales. Revise su Certificado cuidadosamente.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Los productos de seguro de UnitedHealthcare Dental están asegurados o son provistos por: United HealthCare Insurance Company, Hartford, Connecticut (excepto en Nueva York), United HealthCare Insurance Company of New York, Hauppauge, Nueva York (únicamente Nueva York), o United HealthCare Services, Inc. El producto UnitedHealthcare Dental Select HMO es proporcionado o administrado por las siguientes compañías de UnitedHealth Group: Dental Benefit Providers, Inc., Dental Benefit Providers of California, Inc., Dental Benefit Providers of Illinois, Inc., Dental Benefit Providers of Maryland, Inc. y/o Dental Benefit Providers of New Jersey, Inc.