

Plan individual y familiar de Delta Dental

Formulario de inscripción/modificación

AVISO AL CONSUMIDOR: Este es un plan de salud de beneficios limitados. Los beneficios que ofrecen son complementarios a la cobertura médica principal y no la sustituyen, ni siquiera en combinación con otros planes de beneficios limitados. Para solicitar un plan de seguro médico principal, ya sea individual o grupal de pequeñas empresas, visite el sitio web del Mercado de Seguros Médicos de Nuevo México en www.bewellnm.com o llame al 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Inscríbase en línea ahora en www.mysmilecoverage.com/nm o rellene este formulario y envíelo por correo a:

Delta Dental of New Mexico
Individual Product Unit
(Unidad de Productos Individuales)
P.O. Box 1596
Indianapolis, IN 46206

Solo para uso de Delta Dental:

Para los planes #87110, #87111, #71000, #72000,
#73000 y #74000

Si necesita ayuda para rellenar este formulario, llame a la Unidad de Productos Individuales al (800) 971-4108.

- ☐ Nueva inscripción: Marque esta casilla si se trata de una primera inscripción.
- ☐ Modificación o corrección de datos: Marque esta casilla si se va a presentar algún cambio en este formulario.
- ☐ Cancelación de los beneficios: Marque esta casilla únicamente si va a cancelar la cobertura para usted y/o sus dependientes.

¿Sustituirá o modificará esta póliza una póliza de seguro dental ya existente?* ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa:

*Delta Dental puede optar por eximirle de los períodos de carencia aplicables a los beneficios si ha tenido recientemente un seguro dental con cobertura completa. Favor de llamar a la Unidad de Productos Individuales al (800) 971-4108 para obtener más información.

**El Plan de Delta Dental de Nuevo México no discrimina en cuanto a la elegibilidad para la cobertura o los beneficios por motivos de sexo, orientación sexual, género, raza, religión u origen nacional.

Parte A: Datos del asegurado

Nombre del asegurado (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)		Dirección de correo electrónico (opcional)	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)	
Dirección del domicilio (indique la ciudad, la región y el código postal)			☐ Marque aquí si se trata de una nueva dirección
Número de teléfono		Fecha de vigencia de la cobertura** (MM/DD/AAAA)	

**La fecha de vigencia de la cobertura para usted y/o sus dependientes. Esta fecha debe coincidir con el primer día de un mes y podría ser ya a partir del primer día del mes siguiente al mes en el que se apruebe su solicitud.

Plan individual y familiar de Delta Dental

Formulario de inscripción/modificación

Parte B: Datos del cónyuge o de la pareja conviviente

Nombre del cónyuge o pareja conviviente (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)

Parte C: Datos sobre hijos dependientes

#1 – Nombre del hijo a su cargo (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)

#2 – Nombre del hijo a su cargo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)

#3 – Nombre del hijo a su cargo (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)

#4 – Nombre del hijo a su cargo (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)

#5 – Nombre del hijo a su cargo (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)

Plan individual y familiar de Delta Dental

Formulario de inscripción/modificación

Parte D: Selección del plan y tarifas

La cantidad que se paga por la cobertura varía en función de la opción de cobertura seleccionada, la edad del asegurado, el número de personas aseguradas y la frecuencia de pago. Puede elegir solo una opción, independientemente del número de personas que se aseguren.

	Planes dentales escalonados	
Niveles de tarifas	☐ Coral Plan (Delta Dental PPO™)	☐ Turquoise Plan (Delta Dental PPO Point of Service [punto de servicio])
Solo para el suscriptor (mensual/anual)	\$35.35/ \$424.20	\$55.05/ \$660.60
Suscriptor + 1 (mensual/anual)	\$67.86/ \$814.32	\$105.68/ \$1,268.16
Suscriptor y familia (mensual/anual)	\$116.29/ \$1,395.48	\$181.11/ \$2,173.32

Niveles de tarifas	☐ Clean 13 (Delta Dental PPO Point of Service)	☐ Core Plan (Delta Dental PPO)	☐ Preventive Plan (Delta Dental PPO Point of Service)	☐ Enhanced Plan (Delta Dental PPO Point of Service)	☐ Classic Plan (Delta Dental PPO Point of Service)	☐ FamilyFlex Plan (Delta Dental PPO Point of Service)
Solo para el suscriptor (mensual/anual)	\$48.37/ \$580.44	\$27.72/ \$332.64	\$28.73/ \$344.76	\$43.54/ \$522.48	\$41.16/ \$493.92	No está disponible para suscriptores individuales
Suscriptor + 1 (mensual/anual)	Solo disponible para personas individuales	\$52.94/ \$635.28	\$56.57/ \$678.84	\$83.43/ \$1001.16	\$82.33/ \$987.96	\$113.33/ \$1,359.96
Suscriptor y familia (mensual/anual)	Solo disponible para personas individuales	\$86.79/ \$1,041.48	\$120.92/ \$1,451.04	\$138.94/ \$1,667.28	\$181.60/ \$2,179.20	\$228.79/ \$2,757.48

Parte E: Frecuencia y forma de pago

Frecuencia de pago

☐ Anual (Se puede pagar con cheque, tarjeta de crédito y débito bancario automático. Si va a pagar con cheque, debe seleccionar esta opción.)

☐ Mensual (Se puede pagar con tarjeta de crédito y débito bancario automático).

☐ Cheque a nombre de Delta Dental of New Mexico (solo podrá pagar con cheque si elige el pago anual).

Plan individual y familiar de Delta Dental

Formulario de inscripción/modificación

☐ Pago con tarjeta de crédito (seleccione una opción): ☐ MasterCard ☐ VISA ☐ Discover

Número de tarjeta

Fecha de vencimiento (MM/AAAA)

Nombre del titular (tal y como aparece en la tarjeta)

Código CVV (los tres últimos dígitos que se encuentran en el reverso de su tarjeta de crédito)

Dirección de facturación de la tarjeta de crédito (si es diferente de la dirección postal: indique calle, ciudad, estado y código postal)

Por la presente autorizo a Delta Dental, sus filiales y empresas asociadas a cargar en mi tarjeta de crédito la prima adeudada. Esta autorización permanecerá vigente hasta que Delta Dental haya recibido una notificación por escrito de mi parte en la que se indique su cancelación. Si cambiara la cantidad de la factura, Delta Dental lo avisará al titular de la tarjeta con un mínimo de diez (10) días de antelación.

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha _____

☐ Débito automático de la cuenta bancaria

Nombre del banco

Tipo de cuenta

☐ Corriente ☐ Ahorros

Código de identificación bancaria [routing number]

Número de cuenta

Por la presente, autorizo a Delta Dental, sus filiales y empresas asociadas a realizar débitos automáticos (ACH) de la cuenta indicada anteriormente. Esta autorización permanecerá vigente hasta que Delta Dental haya recibido una notificación por escrito de mi parte en la que se indique su cancelación y/o hasta que se haya cumplido mi obligación de pago. Entiendo que soy responsable de cualquier cobro contraído si mi banco rechaza el procesamiento de mi pago.

Firma del titular de la cuenta _____ Fecha _____

Parte F: Pregunta de validación y firma

Pregunta de validación (elijá UNA y responda a continuación)

☐ Apellido de soltera de su madre (solo el apellido) O ☐ Ciudad en la que nació O ☐ Nombre de su primera mascota

Respuesta a la pregunta de validación

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una demanda de seguro falsa o fraudulenta para obtener el pago de una indemnización o beneficio, o que, a sabiendas, aporte información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y podrá ser objeto de multas civiles y sanciones penales.

Firma del solicitante _____ Fecha _____



Plan individual y familiar de Delta Dental

Formulario de inscripción/modificación

Envíe por correo el formulario de inscripción (y el cheque, si procede) a:

Delta Dental of New Mexico

Individual Product Unit

P.O. Box 1596

Indianapolis, IN 46206

Solo para uso del agente (si procede)

Nombre del agente

Nombre de la agencia

Número Nacional de Productor (NPN)

Número de teléfono