



Solicitud de seguro grupal – Delta Dental Plan of New Mexico

Por favor, envíe por correo electrónico una copia electrónica del formulario completado a su ejecutivo de ventas.

No se negará la inscripción a ninguna persona por motivos de salud, necesidades de atención médica, información genética, historial médico, discapacidad, edad, raza, color, origen nacional, identidad de género, sexo u orientación sexual, religión u otra condición protegida por la ley.

Parte A1 – Grupo Identificación		Grupo # (Delta Dental uso)		☐ Small (2-50)	☐ ASO
		Subgrupo #		☐ Grande (51 +)	☐ Grande (100 +)
Nombre del empleador (grupo):			Cobertura Solicitada por el grupo. Fecha de entrada en vigor. El primer día de: Mes: Año:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal (si es diferente de la dirección postal):		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de facturación (si es diferente de la dirección postal):		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Industria del empleador:		Identificación fiscal federal:		SIC/NAICS:	
Proveedores anteriores del grupo (si los hubiera):		¿Este grupo ha estado cubierto anteriormente por Delta Dental? En caso afirmativo, por favor especifíquelo: Grupo #: Fecha de terminación:			
Parte A2 – Contactos del grupo	Nombre de contacto		Teléfono		Correo electrónico
Facturación	Primer Nombre: Apellido:				
Administrador de Beneficios y elegibilidad. Registración para la Herramienta en línea	Primer Nombre: Apellido:				
Dependiente del exceso de edad (Elegibilidad)	Primer Nombre: Apellido:				
Renovación	Primer Nombre: Apellido:				
Administrador de terceros	Primer Nombre: Apellido:				
Información adicional (Por favor, especifique):	Primer Nombre: Apellido:				
Parte B – Información de la Agencia	Correo electrónico		Teléfono		Correo electrónico
Correo electrónico:	Primer Nombre: Apellido:				
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Dirección postal (si es diferente de la dirección postal):	Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Parte C – Facturación Por favor, indique a continuación el método de pago inicial y mensual:					
Pago inicial: ☐ ACH (Método de preferencia; complete y adjunte el Formulario ACH de Autorización) ☐ Si selecciona "Otro", especifíquelo y póngase en contacto con su ejecutivo de ventas:			Pago Mensual: ☐ ACH (Método de preferencia; complete y adjunte el Formulario ACH de Autorización) ☐ Si selecciona "Otro", especifíquelo y póngase en contacto con su ejecutivo de ventas:		

Parte D1 – Solo grupos pequeños (2-50) - elija un plan. Por favor Adjunte a esta solicitud un folleto o propuesta de producto válido, con el diseño del plan y las tarifas indicadas. Seleccione su(s) plan(es) a continuación:					
☐ PPO 1500	☐ PPO 2500	☐ PPO 3000	☐ POS 1000	☐ POS 2000	☐ POS 5000
☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL
☐ Preventive	☐ Value	☐ Shared	☐ Deluxe	☐ Ultimate	
☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	☐ 3 NIVEL ☐ 4 NIVEL	

Parte D2 – Solo para grupos grandes (51 +): adjunte a esta solicitud un resumen de la propuesta de beneficios y una hoja de tarifas con el diseño del plan y las tarifas indicadas.

- ☐ Adjunte la propuesta Resumen de beneficios de Delta Dental of New México
- ☐ Adjunte el diseño del plano y la [hoja de precios].

Parte D3 – Solo para grupos grandes (100 +) o ASO: propuesta de Delta Dental of New México. Adjunte a esta solicitud un resumen de la propuesta de beneficios y una hoja de tarifas con el diseño del plan y las tarifas indicadas.

Disposiciones especiales de beneficios solicitados, si los hubiera. (Nota: si se eligen beneficios no estándar, pueden aplicarse cargos adicionales por materiales personalizados):

- ☐ Adjunte la propuesta resumen de beneficios de Delta Dental of New México
- ☐ Adjunte el diseño del plano y la hoja de precios

Parte E1 – Información sobre la elegibilidad- Indique las cantidades totales de lo siguiente...

Empleados:	Empleados de tiempo completo:	Empleados de medio tiempo:	Empleados elegibles (incluyendo Renuncias):	Empleados en período de espera de elegibilidad:
El período de espera para la elegibilidad de los nuevos empleados indica que los beneficios dentales entrarán en vigor el (seleccione uno):				
☐ Primer día del mes que sigue a la (fecha de contratación)		☐ primer día del mes que sigue (60) días de la fecha de contratación		
☐ Primer día del mes que sigue (30) días de la fecha de contratación		☐ primer día del mes que sigue (90) días de la fecha de contratación		

Cuando el contrato de un empleado termina, sus beneficios dentales finalizan:

- ☐ (Grupo pequeño de 2 a 50 personas) el primer día del mes siguiente a su último día de empleo
- ☐ (Grupo grande de 51 o más personas o Grupo ASO) ☐ el primer día del mes siguiente a su último día de empleo o ☐ en su último día de empleo

Parejas domesticas: Los planes de Delta Dental cubren a las parejas domesticas al mismo nivel que a un cónyuge. Sin embargo, puede optar por no recibir esta cobertura.

☐ Optar por no recibir cobertura para parejas domesticas

Limitación de edad para hijos dependientes: los hijos dependientes están cubiertos hasta el final del mes en que cumplen 26 años, a menos que se aplique una excepción por discapacidad física o mental.

Permitir dependientes del IRS (Requiere ajuste de tarifa): Los dependientes elegibles para el plan o planes seleccionados incluirán a las personas que califican como dependientes según las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Según el IRS, "Un dependiente es una persona distinta del contribuyente o su cónyuge que le da derecho al contribuyente a reclamar una exención por dependencia". Visite www.irs.gov para obtener ayuda para determinar quién califica como dependiente del IRS.

Parte E2 – Contribuciones de prima del empleador

Contribución del empleador para los empleados inscritos: _____ % Contribución del empleador para dependientes inscritos: _____ %

Parte F – Documentación justificativa requerida Documentos requeridos?

- A. Solicitud de seguro colectivo del empleador, firmada y completada; y
- B. Formulario de inscripción/cambio del plan grupal para empleados, firmado y completado; y
- C. Pago de la prima del primer mes (se prefiere el formulario de autorización ACH o el cheque de Binder); y

Parte G – Fechas límite importantes y fechas de entrada en vigor

Por favor, envíe la solicitud de seguro colectivo completa y la documentación de respaldo de la Parte F a su ejecutivo de ventas..

- Envíe la documentación completa antes del día 15 del mes anterior a la fecha de entrada en vigor de la cobertura solicitada por el grupo (en la parte A1) para asegurar la fecha de entrada en vigor de la cobertura solicitada
- La documentación recibida después del día 15 del mes tendrá cobertura efectiva a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de entrada en vigor de la cobertura solicitada por el grupo original (en la Parte A1).

Parte H – Acuerdo de empleador

Entiendo lo siguiente: La cobertura no puede ser vinculada por mi agente; mi plan de seguro anterior, si lo hubiera, no debe ser cancelado hasta que Delta Dental apruebe la cobertura; la cobertura está sujeta a las Directrices (Discreciones?) de Suscripción de Delta Dental, cuya copia puedo solicitar; y Delta Dental no aceptará esta solicitud sin una propuesta válida adjunta. Reconozco que si Delta Dental acepta esta solicitud, se convertirá en la base e incluirá en el [Contrato de Seguro Dental Grupal] suscrito por Delta Dental para mi Grupo, y creo que toda la información proporcionada en este documento es precisa según mi leal saber y entender. Reconozco que al pagar la prima del primer mes, acepto los términos del [Contrato de Seguro Dental Grupal] para este(estos) Plan(es)

Nombre impreso del jefe de grupo: _____ Título: _____

Ejecuté esto _____ día de _____, 20 _____

Firma autorizada (Director del grupo)



Solicitud de seguro grupal – Delta Dental Plan of New Mexico

Por favor, envíe por correo electrónico una copia electrónica del formulario completado a su ejecutivo de ventas.

Parte I – Contrato de agente (para uso exclusivo del agente)	
Nombre del agente individual: _____	Nombre de la agencia: _____
Firma: _____	Fecha: _____
Parte J – Información de Delta Dental (para uso exclusivo de Delta Dental)	
Ejecutivo de ventas de Delta Dental: _____	Gerente de cuentas de Delta Dental: _____