



Anexo de solicitud de subgrupo – Delta Dental Plan of New Mexico

Envíe por correo electrónico una copia electrónica de su formulario completo a sales@deltadentalnm.com.

No se negará la inscripción a ninguna persona por su estado de salud, necesidades de atención médica, información genética, información médica previa, discapacidad, edad, raza, color, origen nacional, identidad de género, sexo u orientación sexual, religión u otro estado legalmente protegido.

Por la presente, esta adenda se incorpora a la [Solicitud de seguro grupal] aplicable al empleador indicado a continuación, para la adición de un subgrupo(s) de facturación con una vigencia

Fecha del primer día de _____, 20 _____.

Los subgrupos de facturación están sujetos a la aprobación de Delta Dental de Nuevo México. Si solicita más de dos subgrupos, utilice una hoja de Información de Subgrupos y un Anexo de Solicitud adicionales.

Parte A – Identificación del Grupo

Nombre del empleador (grupo): _____ Número de grupo: _____

Parte B1 – Información del Subgrupo

Nombre del empleador (subgrupo): _____ Número de subgrupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de facturación (si es diferente a la dirección postal): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Industria del empleador: _____ Numero de Identificación fiscal federal: _____ SIC/NAICS: _____

Parte B2 – Contacto subgrupo

Nombre del contacto	Teléfono	Correo electrónico
Título de contacto: _____ Nombre: _____ Apeido: _____	_____	_____

Parte C1 – Información del subgrupo

Nombre del empleador (subgrupo): _____ Número del subgrupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de facturación (si es diferente a la dirección postal): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Industria del empleador: _____ Numero de Identificación fiscal federal: _____ SIC/NAICS: _____

Parte C2 – Contacto subgrupo

Nombre del contacto	Teléfono	Correo electrónico
Título de contacto: _____ Nombre: _____ Apeido: _____	_____	_____

Parte D – Acuerdo con el empleador

Entiendo que los subgrupos se aprueban solo para propósitos de facturación; que la aprobación de un subgrupo no crea una fecha de vencimiento de prima diferente para ningún subgrupo bajo mi número de grupo principal; y que la cobertura para todo mi grupo se cancelará por falta de pago si el pago de la prima para cualquier subgrupo individual no se realiza a tiempo.

CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONALMENTE PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O INTENCIONALMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETO A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Nombre impreso/escrito del oficial del grupo: _____ Título: _____

Ejecuté esto _____ el día de _____, 20____.

Firma autorizada (Oficial del grupo) _____