



Formulario de Inscripción o Actualización para: Planes Dentales Individuales y Familiares

Inscríbese en línea ahora mismo en www.DeltaDentalMN.org/shop/ o complete esta solicitud y envíela por correo (junto con un cheque), si corresponde, a:

Delta Dental of Minnesota - Serving North Dakota Individual Product Unit
PO Box 74008401
Chicago, IL 60674-8401

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente Individual al (855) 643-3582.

Inscripción nueva: marque en el caso de ser una inscripción por primera vez

Cambio/corrección de la información: marque si se envía algún cambio en este formulario.

Finalización de los beneficios: marque solo si finaliza la cobertura para usted o sus dependientes.

Esta sección debe completarse para que podamos procesar su inscripción o actualizar sus registros. **Escriba en letra de imprenta legible.**

Suscriptor		Ejemplo		A B C D E F 1 2 3 4 5 6	
Primer nombre		(Inicial del segundo nombre)	(Apellido)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social del suscriptor - Solicitado pero no requerido			
<input type="text"/>	Hombre Mujer	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Dirección		Marque aquí si esta es una nueva dirección			
<input type="text"/>					
Ciudad	Estado	Código postal			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>			
Dirección de correo electrónico (opcional)		Número de teléfono			
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Nueva fecha de entrada en vigencia/cambio/finalización de la cobertura*		*Las nuevas inscripciones deben comenzar el primer día de un mes futuro			
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		*La fecha de finalización solicitada debe ser el último día del mes actual o un mes futuro (excepto en caso de fallecimiento)			
(Fecha solicitada de la nueva cobertura, cambio en la cobertura o finalización)		**Si hay un cambio, motivo del cambio			

Información del cónyuge (Complete esta sección si está inscribiendo a su cónyuge por primera vez o si ha marcado cambio/corrección anteriormente y está cambiando la información sobre su cónyuge que presentó anteriormente. Debe incluir el nombre y apellido de su cónyuge).					
Nombre del cónyuge		(Inicial del segundo nombre)	(Apellido)		
(Nombre)		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	Sexo				
<input type="text"/>	Hombre Mujer				

Información del hijo dependiente n.º 1					
Primer nombre del hijo dependiente		(Inicial del segundo nombre)	(Apellido)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	Sexo				
<input type="text"/>	Hombre Mujer				

Información del hijo dependiente (continuación): n.º 2

Primer nombre del hijo dependiente

(Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre Mujer

Primer nombre del hijo dependiente n.º 3 (Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre Mujer

Primer nombre del hijo dependiente n.º 4 (Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre Mujer

Primer nombre del hijo dependiente n.º 5 (Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre Mujer

Para dependientes adicionales, proporcione la información completa en una hoja de papel separada e inclúyala con este formulario.

Información sobre el plan y el pago - El monto que se debe pagar por la cobertura varía en función de la opción de cobertura seleccionada, la cantidad de personas inscritas y la frecuencia de pago. Puede elegir solo una opción, independientemente de la cantidad de personas que se inscriban.

Opciones de plan (seleccione solo una opción):

- Delta Dental Individual and FamilySM - Plan A (\$50 de deducible/monto máximo anual del plan de \$1,500)
- Delta Dental Individual and FamilySM - Plan B (\$100 de deducible/monto máximo anual del plan de \$1,200)
- Delta Dental Individual and FamilySM - Plan C (\$100 de deducible/monto máximo anual del plan de \$750)

Frecuencia de pago:

- Anual (Si paga con cheque, debe elegir esta opción y pagar el monto adeudado en su totalidad)
- Mensual (si paga con tarjeta de crédito o retiro automático, elija esta opción)

Elija el método de pago:

- Cheque pagadero a Delta Dental (Solo puede pagar con cheque si elige un pago anual)
- MasterCard VISA Discover American Express

Número de tarjeta

Fecha de vencimiento

 -

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)



___ - ___ - ___ Código CVV (últimos tres dígitos en el reverso de su tarjeta de crédito)

Dirección de facturación de la tarjeta de crédito (si es diferente de la dirección postal)

Dirección

Grid for address input

Ciudad

Grid for city input

Estado

Grid for state input

Código postal

Grid for zip code input

Grid for zip code extension input

Por el presente, autorizo a Delta Dental of Minnesota, sus subsidiarias y filiales a cobrar las primas a mi tarjeta de crédito. Esta autorización seguirá vigente hasta que Delta Dental of Minnesota haya recibido un aviso por escrito de mi parte sobre su finalización. Si se modifica el monto de facturación, Delta Dental of Minnesota o Health Ventures Network, si corresponde, proporcionará un aviso con un mínimo de 10 días de anticipación al titular de la tarjeta

Firma del titular de la tarjeta

Fecha

Sample check stub with fields for name, address, amount, and bank info.

Número de enrutamiento Número de cuenta

Retiro automático de la cuenta bancaria

Nombre del banco

Grid for bank name input

Cuenta de cheques Número de enrutamiento

Número de cuenta

Cuenta de ahorros

Grid for account number input

Por el presente, autorizo a Delta Dental of Minnesota, sus subsidiarias y afiliadas a iniciar retiros automáticos (ACH) de la cuenta especificada antes mencionada. Esta autorización seguirá vigente hasta que Delta Dental of Minnesota haya recibido una notificación por escrito de mi parte sobre su finalización o donde se informe que he cumplido con mi obligación de pago. Entiendo que soy responsable por cualquier cargo en el que se incurra debido al rechazo por parte de mi banco de procesar mi pago.

Firma del titular de la cuenta

Fecha

Información del agente - Si un agente está ayudando en la compra de esta póliza, ingrese la información del agente a continuación:

Nombre del agente _____

NPN del agente _____

Autorización y verificación

He leído la información que contiene esta solicitud y decidí inscribirme o realizar los cambios indicados. Entiendo los beneficios y las restricciones de este plan según se explican en el material proporcionado con la solicitud. Certifico que la información que aparece en esta solicitud es fiel y está completa. Cualquier omisión o tergiversación intencional puede constituir un fraude de seguros que podría dar lugar a posibles sanciones penales o una reclamación contra daños civiles. Entiendo que mi inscripción está sujeta a que se reciba el pago y se verifiquen los fondos. Delta Dental of Minnesota determinará las fechas de inicio y finalización de la cobertura. Si decido que no deseo el contrato, puedo devolverlo dentro de los 10 días posteriores a la recepción con una declaración por escrito que solicite la cancelación del contrato. Al momento de la devolución, el contrato se considerará nulo y se reembolsará todo el dinero pagado menos las reclamaciones que se hayan podido realizar. Comprendo que debo inscribirme durante un año completo y si por cualquier motivo rescindo este contrato o lo suspendo en cualquier momento, se aplicarán restricciones de reinscripción, de acuerdo con el contrato.

Firma del suscriptor _____

Fecha _____

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Tagalog)

هتسهدرهب. (Kurdish) پراداگای: رهگهی هب ینامز یدروک هسهق تیهکهد، یناکهیرازوگتھمزخ یتهمرای نامز، بیارۆخهب، ۆب ۆت هکب. (TTY: 711) 1-855-643-3582

هجوٓت: رگا هب نابز یسراف وگتفگ یم دینک، تالیهست ینابز تروصب ناگیار یارب امش. دیریگب اب. دشاب یم ف (TTY: 711) سامت (Persian / Farsi) 1-855-643-3582

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-643-3582 (TY:711) まで、お電話にてご連絡ください。(Japanese)

ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-855-643-3582 (TTY: 1-711). (Bantu)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Swahili)

MERK: Hvis du snakker norsk, er gratis språkassistenttjenester tilgjengelige for deg. Ring 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Norwegian)

ស ម ្រ ង ប ្រ យ ក ៖ រ ០ ប ្រ ង ស ប ្រ ង ក ្រ ង ប ្រ ង [០០ ០៩០១], ០ស០៥ ស ប ្រ ង ០ ប ្រ ង ក ្រ ង ក ្រ ង, ០ដល់អ្នក ៖ រ ០ ប ្រ ង ប ្រ ង ស ម ្រ ង រ ០ ៧ ០ 1-855-643-3582 (TTY: 711) (Cambodian/Khmer)

धयनकषण : यद तप [नप ल] ब लनहनछ भन, नःशलक पम तप लई भष सहयत सवह उपलबध छन 1-855-643-3582 (TTY: 711) (Nepali)