

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

Delta Dental of Minnesota
 Individual and Family Plans
 PO Box 74008400
 Chicago, IL 60674-8400

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.

Información del suscriptor:		(Inicial del segundo nombre)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;">A</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">B</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">C</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">D</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">E</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">F</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">1</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">2</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">3</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">4</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">5</td> <td style="width: 15px; height: 15px;">6</td> </tr> </table>	A	B	C	D	E	F	1	2	3	4	5	6
A	B	C	D	E	F	1	2	3	4	5	6				
Nombre del suscriptor (nombre)		Apellido													
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>													
Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social del suscriptor (solicitado pero no requerido)													
<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
Dirección															
<input style="width: 100%;" type="text"/>															
Ciudad		Estado	Código postal												
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>												
Dirección de correo electrónico (opcional)		Número de teléfono													
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
Fecha de entrada en vigencia de la nueva cobertura, el cambio o la finalización de la cobertura*		*Las nuevas inscripciones deben comenzar el primer día de un mes futuro *La fecha de finalización solicitada debe ser el último día del mes actual o un mes futuro (excepto en caso de fallecimiento) *Si hay un cambio, motivo del cambio _____													
<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>															
(Fecha solicitada de la nueva cobertura, cambio en la cobertura o finalización)															

Información del cónyuge (complete esta sección si está inscribiendo a su cónyuge por primera vez o si marcó la opción Cambio/corrección y está cambiando la información sobre su cónyuge que se envió anteriormente; debe incluir el nombre y apellido de su cónyuge).			
Nombre del cónyuge (nombre)		Apellido	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha de nacimiento	Sexo		
<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		

Información del hijo dependiente #1			
Nombre del hijo dependiente (nombre)		Apellido	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha de nacimiento	Sexo		
<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		

Información del hijo dependiente #2

Nombre del hijo dependiente (nombre)

Grid for name input (26 boxes) and a checkbox.

Apellido

Grid for last name input (26 boxes).

Fecha de nacimiento

Grid for birth date input (MM/YY/YY).

Sexo

Masculino Femenino

#3 Nombre del hijo dependiente (nombre)

Grid for name input (26 boxes) and a checkbox.

Apellido

Grid for last name input (26 boxes).

Fecha de nacimiento

Grid for birth date input (MM/YY/YY).

Sexo

Masculino Femenino

#4 Nombre del hijo dependiente (nombre)

Grid for name input (26 boxes) and a checkbox.

Apellido

Grid for last name input (26 boxes).

Fecha de nacimiento

Grid for birth date input (MM/YY/YY).

Sexo

Masculino Femenino

#5 Nombre del hijo dependiente (nombre)

Grid for name input (26 boxes) and a checkbox.

Apellido

Grid for last name input (26 boxes).

Fecha de nacimiento

Grid for birth date input (MM/YY/YY).

Sexo

Masculino Femenino

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 pagadero por la cobertura varía según 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 planes dentales (seleccione solo una opción):

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

Opciones de planes dentales + de la visión (seleccione solo una opción):

- Delta Dental Individual and FamilySM - Plan A con DeltaVision® administrado por EyeMed Vision Care®
Delta Dental Individual and FamilySM - Plan B con DeltaVision® administrado por EyeMed Vision Care®
Delta Dental Individual and FamilySM - Plan C con DeltaVision® administrado por EyeMed Vision Care®
Delta Dental Individual and FamilySM - Plan D con DeltaVision® administrado por EyeMed Vision Care®

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

Grid for card number input (16 boxes).

Fecha de vencimiento

Grid for expiration date input (MM/YY).

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

Grid for cardholder name input (30 boxes).



___ - ___ - ___ 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]

Ciudad

[Grid for city]

Estado

[Grid for state]

Código postal

[Grid for zip code]

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 _____

John J. Doe	1-1983	1234
Jane K. Doe		
4321 Main St.		
Anytown, MN 45678		
Pay to the order of _____	\$ _____	
	DOLLARS	
XYZ Bank		
For _____		MP
!01 0123456!	987654321011"	1234

Número de enrutamiento Número de cuenta

Retiro automático de la cuenta bancaria

Nombre del banco

[Grid for bank name]

Cuenta de cheques

Número de enrutamiento

Número de cuenta

Cuenta de ahorros

[Grid for routing number]

[Grid for account number]

Por el presente, autorizo a Delta Dental of Minnesota, sus subsidiarias y afiliadas a iniciar retiros automáticos (ACH) de la cuenta antes mencionada. Esta autorización seguirá vigente hasta que Delta Dental of Minnesota haya recibido un aviso por escrito de mi parte sobre su finalización o donde se informe que he cumplido con mi obligación de pago. Entiendo que soy responsable de pagar los cargos incurridos si mi banco rechaza mi pago para su procesamiento.

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. Declaro que, a mi leal saber y entender, la información incluida en esta solicitud es fiel y está completa. Comprendo que la cobertura de este plan puede estar sujeta a cancelación si la persona que solicita cobertura realiza un acto u omisión que también constituye fraude, o si la persona efectúa una declaración falsa u omisión intencional de un hecho importante, según lo prohibido por los términos del plan de salud. Entiendo que mi inscripción está sujeta a que se reciba el pago y se verifiquen los fondos. Delta Dental of Minnesota o Health Ventures Network 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.

Firma del suscriptor _____

Fecha _____

Delta Dental of Minnesota is an authorized licensee of the Delta Dental Plans Association of Chicago, Illinois. DeltaVision® is administered by EyeMed Vision Care® and underwritten by Health Ventures Network.

Aviso de requisitos de accesibilidad y no discriminación

Delta Dental of Minnesota y su afiliada Health Ventures Network (denominadas colectivamente en este documento como "Delta Dental of Minnesota") cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Delta Dental of Minnesota no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Delta Dental of Minnesota ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Delta Dental of Minnesota también ofrece servicios gratuitos en otros idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Si usted considera que Delta Dental of Minnesota no le ha proporcionado estos servicios o que ha sufrido otro tipo de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, podrá presentar una queja formal ante Delta Dental of Minnesota, Attn: Compliance Officer, 500 Washington Ave South, Suite 2060 Minneapolis, MN, 55415, 612-224-3300 o 877-268-3384, fax: 612-351-5104. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1 - 800 - 368 - 1019, 800 - 537 - 7697 (TDD) Formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ForeignLanguageNotifications

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Spanish)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Hmong)

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Cushite)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Vietnamese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-643-3582 (TTY : 711)。 (Chinese) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-643-3582 (телетайп: 711). (Russian)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າ ສຽງຄຳ, ຄຸນນະພາບໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Laotian)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎቶቻችን በገራዊነት ተዘጋጅተዋል። 1-855-643-3582 (መስማት ለተሳናቸው: 711). (Amharic)

1-855-643-3582 (TTY: 711). (Karen)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-643-3582 (TTY: 711). (German)

1- 855- 643- 3582 مقرب لصنا. ناجملاب كل رفاونت قيوغلا قدعاسملا تامدخ ناف، غلا ركنا تحتت تنك اذ: تظوالم ه مصلا مكبلو: 1- 855- 643- 3582 (Arabic) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-643-3582 (ATS : 711). (French)

주의: 한국어를 한국어 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-643-3582 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. (Korean)

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

هجوت: 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 យ ក ៖ រ ូ ប ស ័ ប អ ្រ ក ័ យ [០០ ០៩១៧], ០ស០៥ ៩ យ ០០ ០០យកកក ក្រ, ០ដលអកក រ ្រ រ ប ០ស ០៩ រ ស ម ្រ ៩ រ ស 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)