

Formulario de inscripción o actualización para:
Planes dentales individuales y familiares
Planes dentales + de la visión individuales y familiares

Delta Dental of Minnesota

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:		Ejemplo ABCDEF123456	
Nombre del suscriptor (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"/>	Masculino Femenino Otro / Prefiero no decirlo	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
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"/>	
Fecha de entrada en vigor de la nueva cobertura/cambio/terminación *		*Las nuevas inscripciones deben comenzar el primer día de un mes futuro, excepto en el caso de dependientes recién nacidos o recientemente adoptados.	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		*La fecha de terminación solicitada debe ser el último día del mes actual o de un mes futuro (excepto en caso de fallecimiento)	
(Fecha solicitada de la nueva cobertura, cambio en la cobertura o finalización)		*Si hay cambio, motivo del cambio _____	

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		Inicial del segundo nombre	Apellido
Primero		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento		Sexo	Otro / Prefiero no decirlo
<input type="text"/>		Masculino Femenino	<input type="text"/>

Información del hijo dependiente #1		Inicial del segundo nombre	Apellido
Nombre del hijo dependiente (nombre)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento		Sexo	Otro / Prefiero no decirlo
<input type="text"/>		Masculino Femenino	<input type="text"/>

Información del hijo dependiente #2

Nombre del hijo dependiente (nombre)

Grid for name input

Inicial del segundo nombre

Initial input box

Apellido

Grid for last name input

Fecha de nacimiento

Grid for birth date input

Sexo

Masculino Femenino

Otro / Prefiero no decirlo

Información del hijo dependiente #3

Nombre del hijo dependiente (nombre)

Grid for name input

Inicial del segundo nombre

Initial input box

Apellido

Grid for last name input

Fecha de nacimiento

Grid for birth date input

Sexo

Masculino Femenino

Otro / Prefiero no decirlo

Información del hijo dependiente #4

Nombre del hijo dependiente (nombre)

Grid for name input

Inicial del segundo nombre

Initial input box

Apellido

Grid for last name input

Fecha de nacimiento

Grid for birth date input

Sexo

Masculino Femenino

Otro / Prefiero no decirlo

Información del hijo dependiente #5

Nombre del hijo dependiente (nombre)

Grid for name input

Inicial del segundo nombre

Initial input box

Apellido

Grid for last name input

Fecha de nacimiento

Grid for birth date input

Sexo

Masculino Femenino

Otro / Prefiero no decirlo

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 \$2,000)
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

Fecha de vencimiento

Grid for expiration date input

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

Grid for cardholder name input



___ - ___ - ___ 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 line 1

Ciudad

Grid for city

Estado

Grid for state

Código postal

Grid for zip code

Grid for zip code extension

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

Signature line

Fecha

Date line

Sample check image with fields for name, address, amount, bank, and MICR line.

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

Signature line

Fecha

Date line

Información del agente (si un agente está ayudando en la compra de esta póliza, ingrese la información del agente a continuación):

Nombre del agente

Agent name line

NPN del agente

Agent NPN line

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

Subscriber signature line

Fecha

Subscriber date line

Delta Dental de Minnesota es licenciatario autorizado de la Asociación de Planes Delta Dental de Chicago, Illinois. DeltaVision® es administrado por EyeMed Vision Care® y suscrito por Health Ventures Network.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y REQUISITOS DE ACCESIBILIDAD

La discriminación es ilegal. Delta Dental de Minnesota y sus filiales, denominadas colectivamente en este documento como "Delta Dental de Minnesota", cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen ni tratan de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (de conformidad con el alcance de la discriminación sexual descrito en el Título 45 del Código de Reglamentos Federales, § 92.101(a)(2)).

Delta Dental de Minnesota ofrece a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y adecuados para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes cualificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.). Este plan ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Si considera que Delta Dental de Minnesota no le ha proporcionado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja llamando al 612-224-3300 o al 877-268-3384; por fax al 612-460-3102; por correo electrónico a legal@deltadentalmn.org; o por correo postal a: Delta Dental de Minnesota, Attn: Chief Compliance Officer, 500 Washington Avenue South, Suite 2060, Minneapolis, MN, 55415.

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en línea en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Los formularios de queja están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

También puede contactarlos por teléfono al 1-800-368-1019 o al 1-800-537-7697 (TDD). Puede contactarlos por correo postal a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue, SW, Sala 509F, Edificio HHH, Washington, D.C. 20201

FOREIGN LANGUAGE NOTIFICATIONS

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-643-3582 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-855-643-3582 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Soomaali (Somali)

DIGNIIN: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawinta luqadda ee lacag la'aanta ah ayaa kuu heli kara. Kaalmooyin iyo adeegyo kale oo ku habboon si loo bixiyo macluumaad qaabab la heli karo ayaa sidoo kale bilaash ah. Wac 1-855-643-3582 (TTY: 711) ama la hadal bixiyahaaga.

中文 (Chinese Simplified)

注意：如果您讲中文，我们提供免费的语言帮助服务。还提供免费的辅助工具和服务，以便以可访问的格式提供信息。请拨打 1-855-643-3582 (TTY: 711) 或与您的服务提供者联系。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi 1-855-643-3582 (TTY: 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также бесплатно доступны соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-855-643-3582 (TTY: 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

ကရင် (Karen)

အကြောင်းကြားချက်: သင့်ရဲ့ဘာသာစကားကိုပြောရင် ဘာသာစကားအကူအညီဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်သည်။ အချက်အလက်များကို ရယူနိုင်ရန် သင့်အတွက် သင့်လျော်သော အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများလည်း အခမဲ့ရရှိနိုင်သည်။ 1-855-643-3582 (TTY: 711) ကို ဖုန်းဆက် သို့မဟုတ် သင်၏ပံ့ပိုးသူနှင့် စကားပြောပါ။

አማርኛ (Amharic)

ገልጻችሁ: እንደ አማርኛ ብትናገሩ ነጻ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎት እንዲገኝዎት እንችላለን። መረጃን በእንደሆኑ ቅርጸ ቅርጸቶች ለማቅረብ ሆኖ በተጨማሪ ማስተካከያ ድጋፍና አገልግሎቶች እንደሆኑ እንግዲህ በነጻ ይገኛሉ። በቁጥር 1-855-643-3582 (TTY: 711) ያነጋግሩ ወይም ከአገልግሎት ተመን እንዲደውልዎት እንዲችሉ ያገልግሉልዎታል።

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-643-3582 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر المساعدات والخدمات الملائمة لتقديم المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-855-643-3582 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

ລາວ (Laotian)

ແຈ້ງເຕືອນ: ຖ້າເຂົ້າໃຊ້ພາສາລາວ, ບໍ່ເສຍຄ່າບໍ່ມີໃຫ້ບໍ່ເພີ່ມສະໜອງບໍ່ເປັນບໍ່ມີໃຫ້. ບໍ່ເສຍຄ່າບໍ່ມີໃຫ້ສໍາລັບການເຂົ້າໄປຂະບວນທີສະດວກ ສະໜອງຂໍ້ມູນ. ໂທໂປ 1-855-643-3582 (TTY: 711) ຫຼື ສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Tagalog (Tagalog)

PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, mayroon kang access sa mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na kagamitan at karagdagang serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga format na maa-access. Tumawag sa 1-855-643-3582 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Auch geeignete Hilfsmittel und unterstützende Dienstleistungen, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-855-643-3582 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

한국어(Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 및 지원 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-643-3582 (TTY: 711)로 전화하시거나 제공자와 상담해 주십시오.

Afaan Oromoo (Oromo)

MEEKAA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu, tajaajilawwan gargaarsa afaan bilisaa siif kennameera. Deeggarsa fi tajaajilawwan garaagarummaa odeeffannoo akka argachuuf ni kenname. Bilbila 1-855-643-3582 (TTY: 711) tuquu yookaan tajaajiltuu kee waliin haasa'uu.

Khmer (Cambodian) ចំណាំ:

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរហើយ អ្នកអាចទទួលបានសេវាជំនួយភាសាភាគីភាគីខ្មែរ សេវាកម្ម និងជំនួយផ្សេងៗសម្រាប់ផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងទ្រង់ទ្រាយដែល អាចចូលដំណើរការ ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយភាគីភាគីខ្មែរផងដែរ។ សូមទំនាក់ទំនងទៅលេខ 1-855-643-3582 (TTY: 711) ឬនិយាយជាមួយអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នក។

日本語 (Japanese)

注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助具およびサービスも無料で提供されます。1-855-643-3582 (TTY: 711) までお電話いただくか、提供者にお問い合わせください。

नेपाली (Nepali)

सावधान: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचामा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक साधन र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-855-643-3582 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् वा तपाईंको प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Norsk (Norwegian)

OPPMERKSOMHET: Hvis du snakker norsk, er gratis språkhjelpstjenester tilgjengelige for deg. Passende hjelpemidler og støtteordninger for å gi informasjon i tilgjengelige formater er også tilgjengelige gratis. Ring 1-855-643-3582 (TTY: 711) eller snakk med leverandøren din.

Lakǰól'íya (Lakota)

TAnKÁ YÁ: Tókħa thokáǵe thánka šni, wíyakA thokáche hwo, ečíya wíyakA thokáche kta na oħúnke šni wíyakA kiŋ. WíyakA 1-855-643-3582 (TTY: 711) wíyakA, wíyakA kiŋ šni yuhá.