



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

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

Delta Dental of Nebraska
Individual and Family Plans
PO Box 74008401
Chicago, IL 60674-8401

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente Individual al (866) 764-5350.

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		ABCDEF123456	
Primer nombre		(Inicial del segundo nombre)	(Apellido)		
<input type="text"/>		<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 <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Dirección		Marque aquí si esta es una nueva dirección			
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>			
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"/>	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento	Sexo				
<input type="text"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>				

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"/>	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento	Sexo				
<input type="text"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>				

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 Nebraska, 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 Nebraska 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 image with fields for name, address, bank, and amount

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 Nebraska, sus subsidiarias y afiliadas a iniciar retiros automáticos (ACH) de la cuenta especificada antes mencionada. Esta autorización seguirá vigente hasta que Delta Dental of Nebraska 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 Nebraska 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 _____

Aviso de requisitos de accesibilidad y no discriminación

Delta Dental of Nebraska cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Delta Dental of Nebraska no excluye a personas ni les trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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

- intérpretes de lenguaje de señas calificados
- información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

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

- intérpretes calificados
- información escrita en otros idiomas

Si usted considera que Delta Dental of Nebraska 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 Nebraska, Attn: Complaints, Appeals, and Grievances, 500 Washington Ave South, Suite 2060 Minneapolis, MN, 55415, 612-224-3300 u 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>.

Notificaciones en idiomas extranjeros

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 Y: 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, ກາ ນບ ລາການ ຊ ວຍ ຕອ ດານພາສາ, ໂ ດ ຍບ ຕ ສ ງ ອາ, ຕ ມ ນ ມ ເອ ມ ໃ ຫ ທານ. ໂ ທ ອ 1-855-643-3582 (TTY: 711). (Laotian)

ማስታወሻ: የሚናገሩትን ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታችን የገ ሊያገለግልዎት ተዘጋጅቷል። 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 لصتا. ناچملاب كل رفاوتت قيوغلا ةدعاسلا تامدخ نإف، ةغلا ركذا ثدحتت تنك اذ: ةظوحلم ه مصلا مكبالو. (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 한국어를 사용하시는 사용하시는 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 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)

هتسه در هب. (Kurdish) پراداگای: رهگهئ هب ینامز یدروک هسهق تیهکده، یناکهیراز وگتھمزخ یتھمراى نامز، بیارۆ خهب، 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 យ ក ៖ រ ូ ប ស ័ ប អ ្រ ក ័ យ [០០ ០៩១១], ០ស០៥ ៩ យ ០០ ០០យកកក ក្រ, ០ដលអកក រ ្រ រ ប ០ស ០ស។ ស ម ្រ ង រ ័ 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)