

SECCIÓN 1: CAMBIO DE INSCRIPCIÓN / COBERTURA (Selecciona por favor)

NUEVA INSCRIPCIÓN **CAMBIO EN EL PLAN** (Completar toda forma) **Dirección /Nombre /Cambio en el teléfono**

Agregar Eliminar dependiente(s)(Completar Secciones 3,4,5,6,7,8y10)La razón:Estado de empleo Evento de calificación
 Describir el evento de calificación: _____ La fecha del cambio de estado / evento ____/____/____

COBRA (Continuación) **Termination** **Último día de trabajo:** ____/____/____ (Completar Secciones 3 y 10)
 La razón : Dejó su trabajo Horario reducido Otro Seguro

SECCIÓN 2: RENUNCIA A LA COBERTURA No quiero Dental Visión (Completar Secciones 3 y 10) **Razón de la renuncia:** _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO (Por favor escriba claramente)

Número de seguro social	Apellido	Primer Nombre	M. I.
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Género: <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Varón	Fecha de nacimiento (mes/día/año) / /	Nombre del empleador	Correo Electronico
Posición/ división	Fecha de empleo (Tiempo Completo) (OBLIGATORIO)	Teléfono del trabajo	

SECCIÓN 4: PLAN DE DENTAL Plan Copago Plan PPO MAC Plan PPO UCR o Indemnidad Código del plan: _____

SECCIÓN 5: OPCIONES DEL PLAN VISIÓN El Plan Fashion El Plan Designer El Plan Premier

SECCIÓN 6: HEALTHIEST YOU (24 x 7 Telemed) Si No

SECCIÓN 7: INFOARMOR (Protección de identidad) Sí, solo el empleado Sí, el empleado y la familia No

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

Apellido (si es diferente) Primer Nombre, Segundo Nombre	Fec De Nac	Género	Número de seguro social	Plan Dental		Plan Visión	
				añadir	borrar	añadir	borrar
(Esposo/pareja doméstica)							
(Niño)							
(Niño)							
(Niño)							

SECCIÓN 9: OTRA COBERTURA DE SEGUROS QUE SECUREDENTAL NO ESTÁ REEMPLAZANDO

¿Va a tener una cobertura simultánea con otro grupo dental que SecureCare Dental no está reemplazando?
 SI – Completar esta sección. NO– Avanzar a la sección 8.

Nombre de la compañía de seguros	Número de teléfono de la compañía de seguros:
Nombre del asegurado	Número de seguro social del asegurado
Nombre del empleado	Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____
	Fecha efectiva de cobertura: ____/____/____

De las personas a ser cubiertos por SecureCare Dental, que también está cubierto por otro seguro dental de grupo? Marque todas las que apliquen: Mismo Esposo Niños

SECCIÓN 10: AUTORIZACIÓN

Por la presente solicito la cobertura del seguro, y autorizo a mi empleador / sindicato a deducir de mis ingresos la contribución necesaria, en su caso, lo que se requiere de mí. Por la presente autorizo a cualquier médico, dentista, profesional de la salud visual, hospital o compañía de seguros que tiene los antecedentes e informaciones referentes a la historia de la salud u otro seguro para mí o mis dependientes menores de edad, para producir estos archivos, datos, o información que pueda ser solicitada por la aseguradora, o su representante debidamente autorizado para determinar los beneficios (si los hay) y / o procesar reclamaciones. Entiendo que esta autorización es válida por un mínimo de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de la firma. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original. Entiendo que yo, o un representante autorizado, podrá obtener, previa solicitud, una copia de esta autorización. **NOTA: Es responsabilidad del empleado para notificar al administrador, Organización Dental Preferida Southwest, de cualquier cambio de dirección o la situación familiar por escrito, completando un nuevo formulario.**

 Firma
 (Firma por fax tiene la autoridad completa de la firma original)

 Fecha

Administered By: **Southwest Preferred Dental Organization**
 777 East Missouri Avenue, Suite 121, Phoenix, Arizona 85014
 Phone: (602) 241-0914 • Toll-Free: 1-888-429-0914
 FAX: (602) 264-8953 • www.securecaredental.com

Insured and Underwritten By:
American National Life Insurance Company of Texas
 Galveston, Texas