

SECURECARE DENTAL

GROUP INSURANCE

3625 North 16th Street, Suite 206, Phoenix, Arizona 85016
 Phone: (602) 241-0914 Toll-Free: 1-888-429-0914
www.securecaredental.com

Para uso de SecureCare Dental únicamente		
Group Number:	Employee Effective Date:	
Group Effective Date:	Open Enrollment Month:	Waiting Period:

El empleado debe poner sus iniciales al costado de todos los cambios realizados en el Formulario de Inscripción.

INSCRIPCIÓN / FORMULARIO DE MODIFICACIÓN DE COBERTURA

SECCIÓN 1: EVENTO HABILITANTE (Marque una opción)

Nueva contratación
 Inscripción abierta
 Cambio de plan (complete todo el formulario)
 Corrección de dirección/nombre/cambio
 Agregar o quitar dependientes (Indique a continuación la fecha y el tipo de evento habilitante. Luego, complete las Secciones 2, 3, 4, 5 y 6).
 Fecha del evento: ___/___/___
 Matrimonio
 Divorcio
 Nuevo hijo
 Adopción
 Otro: _____

RENUNCIA A LA COBERTURA
 No quiero la cobertura – (Complete las Secciones 2 y 5. Luego, firme y coloque la fecha en la Sección 6.)
 Continuación en virtud de la ley COBRA
 Extinción de la relación laboral – **Último día trabajado:** ___/___/___ (Complete las Secciones 2 y 6.)
 – Motivo: Renunció
 Reducción del horario
 Otro seguro

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL ASOCIADO (Escriba con letra do IMPRENTA clara)

Número de Seguro Social	SI NO DESEA USAR SU NUM. DE SEGURO SOCIAL PARA FINES DE IDENTIFICACIÓN, MARQUE: <input type="checkbox"/>	Apellido	Primer nombre	Inicial del sdo. nombre
Dirección (postal)		Ciudad	Estado	Código postal
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Nombre del empleador		
Cargo / División	Fecha de contratación (A tiempo completo) (REQUERIDO)	Teléfono laboral		

SECCIÓN 3: OPCIONES DE PLANES (Marque una opción)

The Copay Plan
 The PPO Plan
 The SecureFlex Plan
 The Indemnity Plan

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Los hijos dependientes de 19 a 24 años deben ser estudiantes a tiempo completo para ser elegibles. Al momento de la inscripción, se debe proporcionar un programa de las clases o una carta de la oficina de registro con (1) el nombre de la institución, (2) el nombre del estudiante, (3) la cantidad de horas de crédito y (4) el periodo semestral/trimestral.

Agregar	Quitar	Número de Seguro Social	Apellido (si es diferente), Primer nombre, inicial del sdo. nombre	Sexo: M/F	Fecha de nacimiento
			(Cónyuge)		
			(Hijo)		
			(Hijo)		
			(Hijo)		

SECCIÓN 5: OTRA COBERTURA DE SEGURO QUE SECURECARE DENTAL NO REEMPLAZA

¿Tendrá cobertura simultánea con otro seguro dental colectivo que SecureCare Dental no reemplaza?
 Sí– Complete esta sección.
 NO– Pase a la Sección 6.

Nombre de la compañía de seguros	Número de teléfono de la compañía de seguros:	
Nombre del titular de la póliza	Núm. de Seguro Social del titular de la póliza:	
Nombre del empleado	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

De las personas con cobertura de SecureCare Dental, ¿quiénes reciben cobertura de otro seguro dental colectivo?
 Marque todas las opciones que correspondan: Yo
 Cónyuge
 Hijos

SECCIÓN 6: AUTORIZACIÓN

Por el presente, solicito la cobertura de seguro de SecureCare Dental, y autorizo a mi empleador/sindicato a deducir de mis ganancias la contribución necesaria, si corresponde, que se requiere de mi. Por el presente, autorizo a mi médico, dentista, hospital o aseguradora que tenga cualquier registro o información relativa a mi historial médico o de otro seguro para mi, o mis dependientes menores, a presentar dichos registros, datos o información que sea requerida por la aseguradora SecureCare Dental o su representante debidamente autorizado para determinar los beneficios (si corresponden) y/o procesar las reclamaciones dentales. Comprendo que esta autorización es válida por un mínimo de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de la firma. Se considerará que una fotocopia de esta autorización tiene la misma vigencia y validez que el documento original. Comprendo que yo, o cualquier representante autorizado, podremos recibir, previa solicitud, una copia de esta autorización. **NOTA: Es responsabilidad del empleado notificar a SecureCare Dental cualquier cambio de dirección o situación familiar por escrito completando un nuevo formulario.**

Para su protección, la ley de Arizona exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales o civiles.

 Firma del empleado
 (La firma por fax tiene la misma validez que la firma original)

 Fecha de la firma

Asegurado y suscrito por:
American Fidelity Assurance Co.
 Oklahoma City, Oklahoma