

**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 y 9) 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 9)  
 La razón :  Dejó su trabajo  Horario reducido  Otro Seguro

**SECCIÓN 2: RENUNCIA A LA COBERTURA** No quiero  Dental  Visión (Completar Secciones 3 y 9) **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	Chayce Critical Facilities Cleaning
Posición/ división	Custodial	Fecha de empleo (Tiempo Completo) (OBLIGATORIO)	Teléfono del trabajo

**SECCIÓN 4: PLAN DE DENTAL** El Plan Copago  El Plan PPO  El Plan Indemnidad  Código del plan:

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

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

**SECCIÓN 7: 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 8: 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 9: 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.** Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca 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 y civiles

\_\_\_\_\_

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