



SUPERIOR DENTAL CARE FORMULARIO DE REGISTRO DE EMPLEADO

ABRIENDO EL CAMINO EN PRESTACIONES DENTALES

Nombre de Compañía: _____ Fecha Efectiva de Acción: _____
 Nombre de Empleado : _____ # Grupo: _____ # Subgrupo: _____
 Dirección: _____ Masculino Femenino
 Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Condado: _____ # Tel. Casa: _____ #Otro Tel.: _____
 Fecha de nacimiento : _____ #SS: _____ E-Mail: _____
 ¿En qué número de plan dental está inscrito?: N.º _____ Se está inscribiendo en vision*?: Yes No
***Para poder inscribirse en el plan Superior Vision, debes inscribirte en el plan dental de SDC seleccionado por su empleador.**

Razón por el formulario:

Nuevo Registro / Registro Abierto Agregar / Eliminar Persona Dependiente & Razón: _____
 Cambio de Subgrupo Casamiento / Divorcio Fecha: _____
 Continuación/Conversión COBRA Terminación del inscrito & Razón: _____
 Cobertura de Renuncia Otro: _____

Dental	Visión*	Nombre Completo	Relación	Sexo	Fecha de Nac.	Otro Seguro Dental
Y / N	Y / N					Y / N
Y / N	Y / N					Y / N
Y / N	Y / N					Y / N
Y / N	Y / N					Y / N
Y / N	Y / N					Y / N
Y / N	Y / N					Y / N

*Es necesario inscribirse en un el plan dental SDC seleccionado por su empleado para poder inscribirse en el plan Superior Vision. Si no se inscribe en el plan dental, no se puede inscribir en el plan Superior Vision.

Eliminar información del plan para niños (Kids plan) que figura aquí en versiones anteriores.

Otro Seguro Dental (Si marcó 'S' en la sección de arriba de Otro Seguro Dental para cualquier de las personas dependientes en la lista, favor de completar esta sección):

¿Su pareja, personas dependientes o Usted están asegurados debajo otro plan de seguro dental? Sí No Si es sí, favor de completar lo siguiente:

Póliza: _____
 Nombre de Empresa: _____ Nombre de Empresa: _____
 Dirección de Empresa: _____ Dirección de Empresa: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Firmas:

Firma del Inscrito: _____ Fecha: _____

Aprobado por (Administrador de Grupo): _____ Fecha: _____

Superior Direct Connect: Una vez que su grupo está inscrito y entró en vigor, ingrese a superiordental.com y regístrese para acceder a su cuenta e información de beneficios personal.

En mi nombre y en el de cualquier dependiente antes mencionado, por medio del presente, solicito cobertura bajo el Contrato o la Póliza del grupo maestro que Superior Dental Care (SDC) emitió a mi empleador. Entiendo los beneficios para los que mis dependientes y yo somos elegibles de acuerdo con esta Póliza. Entiendo que ciertos servicios pueden requerir un copago o deducible que debemos pagar yo o mis dependientes directamente al proveedor de los servicios. Autorizo a mi empleador a deducir las tarifas por servicio dental necesarias, si las hay, de mi sueldo o salario, en el entendido de que actúa como mi agente en todas las transacciones con el plan y de que todos los actos que realice y todos los avisos que reciba en dichas transacciones son vinculantes para mí, ya que no está prohibido por ningún estatuto o regulación. Renuncio al privilegio dentista-paciente y autorizo a mi dentista a proporcionarle a SDC, sus agentes y representantes toda la información relacionada con cualquier reclamo de reembolso por los servicios cubiertos de cualquier persona bajo esta cobertura. En ausencia de fraude, todas las declaraciones bajo esta solicitud se consideran representaciones y no garantías.

AVISO DE FRAUDE PARA OHIO: Cualquier persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude en contra de un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

AVISO DE FRAUDE PARA KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga alguna información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con algún hecho sustancial relacionado con ella comete un acto fraudulento, lo que es un crimen. **AVISO DE FRAUDE DE INDIANA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a un asegurador, presente una solicitud de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito.