



DELTA DENTAL OF PR, INC.

ACUSE DE RECIBO

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE:

-Se debitará por adelantado el primer pago para cubrir el primer mes de cubierta,

-Delta Dental of PR, Inc. hará un cargo de **\$15.00** dólares por transacción devuelta bancaria o de tarjeta de crédito

-Confirmando que mi dentista pertenece a la red Delta Dental **PPO** y que estoy consciente de los periodos de espera:

ECO 6 meses para los servicios con el Cirujano Maxilofacial, Periodoncia y Endodoncia. **MAX** con los mismos periodos de espera de la ECO y 8 meses para las Coronas, Puentes y Ortodoncia (el plan no cubre **extensiones** para el tratamiento de ortodoncia)

- Y que el plan no provee para reembolsos ni para servicios fuera de PR (esto incluye los Estados Unidos).

-Que habrá una penalidad si cancela la póliza antes de su vencimiento (12 meses)

Firma del solicitante

Fecha
