DELTA DENTAL

SOLICITUD INDIVIDUAL/FAMILIAR
Dental & Visión

☐ INDIVIDUAL ☐ PAREJA ☐ FAMILIAR ☐ CAMBIO

ASEGURADO

APELLIDOS	NOMBRE	FECHA EFECTIVIDAD MM/DD/YYYY

SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO MM/DD/YYYY	GENERO ☐ M ☐ F	TELEFONOS	EMAIL

DIRECCION POSTAL	PUEBLO	PR	ZIP CODE
DIRECCION RESIDENCIAL URBANIZACION / NUMERO / CALLE	PUEBLO	PR	ZIP CODE

CUBIERTA ☐ ☐ MAX PLUS ☐ IND $ ☐ PAREJA $ ☐ FAMILIAR $

¿Ha tenido cubierta con DELTA DENTAL anteriormente? Si☐ No☐ ¿Cuando terminó?

DEPENDIENTES

DEPENDIENTES ELEGIBLES

NOMBRE INICIAL	APELLIDOS	# SEG SOCIAL	REL	GENERO	FECHA NACIMIENTO MM/DD/YYYY
1.				☐ M ☐ F	MM/DD/YYYY
2.				☐ M ☐ F	MM/DD/YYYY
3.				☐ M ☐ F	MM/DD/YYYY
4.				☐ M ☐ F	MM/DD/YYYY

RAZON CAMBIO Nota: Favor indicar tipo de cambio Las fechas: MM / DD / YYYY

☐ CAMBIO DIRECCION ☐ NACIMIENTO /ADOPCION - FECHA_____ ☐ MUERTE _____ ☐ REINSTALACION (EFECTIVO) _____

☐ ELIMINAR DEPENDIENTES (EFECTIVO) _____ ☐ AÑADIR DEPENDIENTES (EFECTIVO) _____ ☐ OTROS (EXPLICAR)_____

INFORMACION DEBITO

INFORMACION BANCARIA / DEBITO DIRECTO CHEQUE ☐ AHORROS ☐ FECHA TRANSACCION ☐ 1 ☐ 16

NOMBRE BANCO	SUCURSAL	# CUENTA	#RUTA

NOMBRE DE LA PERSONA EN LA CUENTA AUTORIZANDO EL PAGO	FIRMA	FECHA

TARJETA DE CREDITO ☐ VISA® ☐ MASTER CARD® ☐ INICIAL ☐ RECURRENTE

NUMERO TARJETA_____ FECHA / EXP_____

NOMBRE DE LA PERSONA (como aparece en la tarjeta) _____ EMAIL

DIRECCION COMO APARECE EN ESTADO DE CUENTA - (Si es diferente)

AUTORIZACION

1. Esta autorización se mantendrá en cumplimiento y efecto hasta que Delta Dental of PR, Inc. reciba una notificación por escrito de la persona autorizada a realizar cualquier cambio de información en esta solicitud.
2. Recuerde que la transacción será efectuada el día 1 o 16 de cada mes según su selección. Sin embargo, el primer pago se hará al momento de procesar su solicitud. Si tiene algún cambio de cuenta bancaria favor notificarlo antes de la fecha del descuento. Todo cambio (cuenta bancaria, dirección, teléfonos, email) es responsabilidad del cliente informarlo por escrito (carta, email o fax). Email: maxplus@delta.org – Dir. Postal: 14 Calle 2 Suite 200 / Guaynabo PR 00968-1735 - Fax: 787-749-2600
3. Los estados de cuenta bancarios y de tarjeta de crédito serán su recibo de pago.
4. Delta Dental of Puerto Rico, Inc. se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.
5. Autorizo a Delta Dental of Puerto Rico, Inc. a originar débitos electrónicos a mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito especificada.
6. Toda transacción devuelta conllevará un cargo de $ 15.00 por manejo y procesamiento del mismo.

FIRMA: TENEDOR DE TARJETA / CUENTA BANCARIA _____ FECHA_____

NOTA : Esta solicitud debe estar acompañada de su primer pago

ORIENTACION

*PERIODOS DE ESPERA:
ECO ENDODONCIA - 6 MESES CIRUGIA ORAL - 6 MESES PERIODONCIA- 6 MESES
MAX ENDODONCIA - 6 MESES CIRUGIA ORAL - 6 MESES PERIODONCIA - 6 MESES PROSTODONCIA – 8 MESES ORTO – 8 MESES

En la orientación ofrecida por el Representante Autorizado sobre nuestros productos es importante que usted entienda: los beneficios del Plan seleccionado, la tarifa seleccionada, los periodos de espera, el débito a su cuenta bancaria y la veracidad de la información provista por usted en la solicitud.

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil ($5,000) dólares, ni mayor de diez mil ($10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos (2) años.

MARCAR UNO: ☐ DESEO RECIBIR MIS DOCUMENTOS POR CORREO ELECTRONICO (EMAIL) ☐ CORREO REGULAR (US MAIL)

Certifico por la presente que la información suministrada es correcta a mi mejor entender.

Nombre del cliente_____ Firma del cliente_____ Fecha_____

INFO

☐ REPRESENTANTE AUTORIZADO ☐ PRODUCTOR ☐ DIRECTO

NOMBRE	LICENCIA DE SEGUROS	DIRECCION POSTAL	
TELEFONOS	EMAIL	FIRMA	FECHA

_____ FIRMA ASEGURADO

_____ FECHA