

UNITED CONCORDIA® Formulario de Inscripción Dental

Para una Inscripción Nueva, complete TODAS las secciones de este formulario. Para Cambios en la Inscripción, seleccione el "Tipo de Actividad" correspondiente en la Sección A y proporcione el número de identificación y el nombre del empleado en la Sección C (también complete la Sección D para cambios de dependientes).

Rellene totalmente los círculos:



Para obtener mejores resultados, use letra de imprenta mayúscula y evite tocar el borde del recuadro. Ejemplo:



SECCIÓN A: Información General

1. TIPO DE PROGRAMA

☐ FFS—Indemnity, Active PPO, Passive PPO

(especifique)

- ☐ Concordia Access
- ☐ Concordia Choice
- ☐ Concordia Flex
- ☐ Concordia Preferred
- ☐ Concordia Select
- ☐ Otro _____

☐ DHMO (especifique)

- ☐ Concordia Plus
- ☐ Otro _____

Número de Proveedor (solo DHMO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. TIPO DE ACTIVIDAD

☐ Inscripción Nueva

☐ Cancelación de Cobertura

☐ Cancelación de Toda la Cobertura
(Empleado y Todos los Dependientes)

☐ Cancelación Únicamente de Dependiente(s)
(indique los dependientes por cancelar en la Sección D)

☐ Cancelación Únicamente del Cónyuge
(indique el cónyuge por cancelar en la Sección D)

☐ Cambio (incluya el Número de Grupo en la Sección B)

☐ Incorporación de Dependiente (por ejemplo, cónyuge, pareja doméstica, hijo, etc.)

☐ Cambio de Dirección

☐ Reactivación de Cobertura

☐ Cambio de Número de Grupo

☐ Cambio de Proveedor

☐ Cambio de Nombre

☐ Al Grupo COBRA

☐ Otro _____

Fecha Efectiva (mm/dd/aaaa)

				/			/												
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECCIÓN B: Solo Para Uso del Empleador

Nombre del Empleador

Número de Grupo (9 dígitos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ubicación de la Nómina de UCCI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECCIÓN C: Información del Empleado—Escriba claramente y con letra de imprenta para agilizar su solicitud.

Número de Identificación (Número de Seguro Social)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

				/			/												
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Empleo Original (mm/dd/aaaa)

				/			/												
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial del
Segundo Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección Particular

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código Postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECCIÓN D: Información Sobre Dependientes—En esta sección, indique los dependientes que desea incorporar/cancelar. En el caso de haber más de seis hijos dependientes, complete un formulario adicional y adjúntelo. Si los hijos dependientes indicados en esta sección son discapacitados o son estudiantes de tiempo completo mayores de 19 años, consulte a su administrador de grupo para pedirle un Formulario de Certificación de Dependiente, que deberá completar y regresar junto con el Formulario de Inscripción Dental.

Cónyuge/Pareja Doméstica

Número de Identificación (Número de Seguro Social)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

				/			/												
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Proveedor (solo DHMO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#1

Primer Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial del
Segundo Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dependiente

Número de Identificación (Número de Seguro Social)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

				/			/												
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Proveedor (solo DHMO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#2

Primer Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial del
Segundo Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#3	Dependiente Número de Identificación (Número de Seguro Social)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo	Número de Proveedor (solo DHMO)
		/ /		
Primer Nombre		Apellido		

#4	Dependiente Número de Identificación (Número de Seguro Social)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo	Número de Proveedor (solo DHMO)
		/ /		
Primer Nombre		Apellido		

#5	Dependiente Número de Identificación (Número de Seguro Social)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo	Número de Proveedor (solo DHMO)
		/ /		
Primer Nombre		Apellido		

#6	Dependiente Número de Identificación (Número de Seguro Social)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo	Número de Proveedor (solo DHMO)
		/ /		
Primer Nombre		Apellido		

SECCIÓN E: Otra Cobertura Dental—¿Usted o su(s) dependiente(s) tiene(n) otra Cobertura Dental Colectiva?

 Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es Sí, complete la siguiente información.

Nombre del Asegurado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Compañía Aseguradora
Número de Póliza o Identificación	Fecha Efectiva (mm/dd/aaaa)
	/ /

Declaro que toda la información que proporciono en esta solicitud es correcta y verdadera. Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte información concerniente a cualquier hecho material respecto de aquellas, con fines de engaño, comete un acto de contratación de seguro fraudulento, y esto se considera delito.

Firma del Empleado	Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico	Fecha
--------------------	--------------------	---------------------------------	-------

Firma del Empleador	Número de Teléfono	Fecha
---------------------	--------------------	-------

Disponibilidad del programa

- Los productos no se encuentran disponibles en ningún estado en el que la ley los prohíba ni en el cual United Concordia carezca de la aprobación de las autoridades regulatorias.
- En Idaho no se permite dar cobertura a una pareja doméstica.

Disposiciones obligatorias en virtud de la ley estatal

CA: Las leyes de California prohíben que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para adquirir la cobertura de un seguro médico.

FL: Toda persona que, con conocimiento de causa, y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

AZ, GA, KY, NE y NH: Todas las declaraciones que haga el Asegurado o cualquier Afiliado Asegurado, se considerarán manifestaciones y no garantías, y ninguna declaración hecha con el fin de ejercer la cobertura anulará dicha cobertura o reducirá los beneficios, a menos que el Asegurado la presente por escrito y debidamente firmada.

KS: Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar, como se explica en esta Solicitud, podría estar cometiendo un acto de aseguramiento fraudulento que podría constituir un delito.

LA: Toda persona que presente, con conocimiento de causa, una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que presente, con conocimiento de causa, información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y con la privación de la libertad.

NJ: Todas las declaraciones que hizo el solicitante son verdaderas y están completas, a su leal saber y entender. Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

NY: Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa, o que oculte con fines de engaño información concerniente a cualquier hecho material contenido en el presente, comete un acto de aseguramiento fraudulento, lo que constituye un delito, y también quedará sujeta a una sanción civil que no excederá de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación para cada una de tales violaciones.

OR: Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar, como se explica en esta Solicitud, podría estar cometiendo un acto de aseguramiento fraudulento que podría constituir un delito.

OR: El plazo de impugnación se limita a dos años, tal como se declara en la Póliza Colectiva.

TN: Se considera un delito proporcionar de manera intencional información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora, con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen privación de la libertad, multas y denegación de los beneficios del seguro.

UT: Cualquier asunto en disputa entre usted y la compañía puede estar sujeto a arbitraje como una alternativa a la acción judicial conforme a las Reglas de (la Asociación Americana de Arbitraje [American Arbitration Association] u otros árbitros reconocidos), y puede conseguir una copia de dichas reglas si las solicita a la compañía. Toda decisión de arbitraje será obligatoria, tanto para usted como para la compañía. El laudo arbitral puede incluir honorarios legales si las leyes del estado lo permiten y puede homologarse en cualquier tribunal competente.

VA: Toda persona que, con la intención de cometer un fraude o que, a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede estar infringiendo las leyes del estado.

United Concordia funciona como una subsidiaria en propiedad absoluta bajo el nombre indicado a continuación, en los siguientes estados:

- United Concordia Dental Corporation of Alabama: AL
- United Concordia Dental Plans, Inc.: DC, MD, NJ
- United Concordia Dental Plans of California, Inc.: CA
- United Concordia Dental Plans of Florida, Inc.: FL
- United Concordia Dental Plans of Kentucky, Inc.: KY
- United Concordia Dental Plans of the Midwest, Inc.: MI, MO, OH

- United Concordia Dental Plans of Pennsylvania, Inc.: PA
- United Concordia Dental Plans of Texas, Inc.: TX
- United Concordia Insurance Company: AK, AR, AZ, CA, CO, CT, FL, GA, HI, IA, ID, IN, KS, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MS, MT, NE, NH, NV, NM, ND, OH, OK, OR, RI, SC, SD, TN, TX, UT, VT, VA, WA, WV, WY
- United Concordia Life and Health Insurance Company: DE, DC, IL, KY, MD, MO, NC, NJ, PA
- United Concordia Insurance Company of New York: NY