



PREMIER
ACCESS



ACCESS
DENTAL

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/ CAMBIO PARA EL EMPLEADO

Use este formulario para realizar una nueva inscripción o un cambio en una inscripción existente con respecto a la cobertura odontológica y de la vista. Complete con tinta azul o negra. Envíe por correo a: Premier Access Membership Accounting, P.O. Box 659020, Sacramento, CA 95865-9020 o por fax a: (877) 648-7748

Número de grupo: _____ Fecha de entrada en vigencia de la inscripción/el cambio: _____

Cobertura odontológica: ☐ Sí (indique el tipo de cobertura) ☐ PPO³ ☐ DHMO⁴

☐ No, no quiero esta cobertura. Si no quiere la cobertura odontológica, marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Estoy cubierto por otro plan odontológico.
- ☐ Mi cónyuge/pareja de hecho está cubierto por otro plan odontológico.
- ☐ Mis dependientes están cubiertos por otro plan odontológico.

Cobertura de la vista⁵: ☐ Sí

☐ No, no quiero esta cobertura. Si no quiere la cobertura de la vista, marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Estoy cubierto por otro plan de la vista.
- ☐ Mi cónyuge/pareja de hecho está cubierto por otro plan de la vista.
- ☐ Mis dependientes están cubiertos por otro plan de la vista.

Motivo de la inscripción/el cambio

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva inscripción/nuevo empleado | <input type="checkbox"/> Cancelación de la cobertura (suscriptor y dependiente[s]) |
| <input type="checkbox"/> Evento que reúne los requisitos (adjunte la documentación de respaldo) | <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> De la vista |
| <input type="checkbox"/> Inscrito tardío (sujeto al período de espera para inscritos tardíos) | |
| <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente | <input type="checkbox"/> Cancelación de la cobertura (solo dependiente[s]) |
| Evento que reúne los requisitos: _____ | <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> De la vista |
| Fecha del evento que reúne los requisitos: _____ | <input type="checkbox"/> Cambio en otro seguro odontológico (consulte el reverso) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cambio de dirección | <input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____) |

Información del suscriptor (empleado)

Número de seguro social: _____ Fecha de contratación: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: (_____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ H ☐ M

Nombre del empleador (compañía): _____

Puesto: _____ División/clase: _____ Horas de trabajo por semana: _____

Idioma hablado preferido: _____ Idioma escrito preferido: _____

¿Está casado o tiene un cónyuge/una pareja de hecho? ☐ Sí ☐ No Fecha del matrimonio/unión: ____ - ____ - ____

¿Tiene hijos u otros dependientes? ☐ Sí ☐ No Fecha de acogida del menor(res) adoptado: ____ - ____ - ____

Solo para la DHMO⁴: Seleccione un dentista de atención primaria (Primary Care Dentist, PCD) del Directorio de proveedores para usted y para cada uno de los miembros de su familia. Complete con el número de identificación del proveedor y el número de identificación del consultorio en las áreas correspondientes: Si no selecciona nada, se le asignará un PCD para usted.

Empleado: N.º de identificación del consultorio del PCD _____ N.º de identificación del PCD _____

Información de los dependientes

- Nueva inscripción/nuevo empleado: Complete esta sección para todos los dependientes que quiera inscribir.
- Las opciones de los tipos de cobertura están limitadas por el (los) tipo(s) de cobertura escogido(s) por el suscriptor.
- Nuevo dependiente: Complete esta sección solo para los dependientes que quiere añadir a su inscripción existente.
- Cancelación de la cobertura de dependientes: Complete esta sección solo para los dependientes para los que quiere cancelar la cobertura.

Relación con el suscriptor:		Tipo de cobertura	Apellido	Nombre e inicial del segundo nombre:	Fecha** de nacimiento	Sexo (H/M)	N.º de identificación del consultorio del PCD	N.º de identificación del PCD
Cónyuge opareja de hecho registrada	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> De la vista						
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> De la vista						
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> De la vista						
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> De la vista						
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> De la vista						
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> De la vista						

Un dependiente es una persona que usted, como contribuyente, declara; que depende de usted para el apoyo financiero; y por la cual usted reúne los requisitos para una exención impositiva por dependientes. Las exenciones impositivas por dependientes están sujetas a las normas y regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Se puede requerir información adicional para los dependientes. Se debe presentar documentación de respaldo sobre la elegibilidad de los dependientes junto con este formulario para los dependientes mayores de 19 años a fin de que la inscripción se procese y las reclamaciones se paguen.

A mi leal saber y entender, he brindado de forma verídica y completa la información requerida en esta solicitud. Comprendo que Premier Access Insurance Company se reserva el derecho de rescindir o cancelar la cobertura si aparece una tergiversación esencial en este formulario.

FIRMA:

- Comprendo que mis dependientes no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en dicha cobertura.
- La presentación de este formulario no garantiza la cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación del asegurador y del cumplimiento de los requisitos de elegibilidad correspondientes según se establece en el documento de plan.
- Si se rechaza la cobertura y decide inscribirse más adelante, pueden aplicarse penalidades por inscripción tardía. Es posible que también deba proporcionar, a su cargo, prueba de asegurabilidad para cada una de las personas cubiertas. Premier o su entidad designada tiene el derecho de rechazar su solicitud.
- Comprendo que debo estar en actividad; de lo contrario, mi cobertura escogida no entrará en vigencia hasta que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el documento del plan). Esto no se aplica a los jubilados elegibles.
- Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones diseñadas por el plan. Para obtener toda la información sobre la cobertura, consulte el documento del plan aplicable. Podrían aplicarse limitaciones estatales.
- Su cobertura no entrará en vigencia hasta que la apruebe Premier o su asegurador designado.
- Por medio del presente documento, solicito la inscripción a los beneficios grupales que he escogido anteriormente.
- Comprendo que debo cumplir con los requisitos de elegibilidad para todas las coberturas que he escogido anteriormente.
- Acepto y permito recibir copias electrónicas de los documentos correspondientes relacionados con el seguro, en vez de copias en papel, en la medida que lo permitan las leyes vigentes. Puedo cambiar esta elección solo mediante un aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación.
- Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
- La ley de California prohíbe el requisito o el uso de una prueba de VIH por parte de compañías de seguros médicos como condición para obtener la cobertura del seguro médico.

Para protegerlo, la ley de California exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario: La falsedad de cualquier declaración en la solicitud no debe prohibir el derecho de recuperación conforme a la póliza, a menos que la declaración falsa se haya hecho con la intención real de engañar o que haya afectado significativamente la aceptación del riesgo o peligro asumido por el asegurador.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Yo, en nombre mío y de mi(s) dependiente(s) indicados en esta solicitud de inscripción, por medio del presente documento, (1) solicito cobertura para el seguro grupal para el que soy o podría ser elegible; (2) autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias para las contribuciones, si las hubiera, requeridas para la cobertura del seguro, o acepto que se agreguen las contribuciones a mis cuotas; (3) declaro que comencé a ser empleado de tiempo completo en la fecha indicada en el reverso y que efectivamente trabajé la cantidad de horas por semana especificadas en el reverso; (4) acepto estar comprometido mediante beneficios, copagos, deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos y condiciones del Certificado de seguro de Premier*; (5) acepto que, si yo o mis dependientes recibimos servicios odontológicos después de la cancelación o expiración de mi cobertura, soy responsable de reembolsar a Premier por los pagos no recuperados realizados por Premier para dichos servicios; y (6) comprendo que la verificación de la elegibilidad por parte de Premier no garantiza el pago de las reclamaciones y que los cambios de elegibilidad retroactivos reemplazarán las verificaciones de elegibilidad.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA: Yo, en nombre mío y de mi(s) dependiente(s) indicados en esta Solicitud de inscripción, por medio del presente documento, autorizo a Premier a divulgar la información odontológica a agencias gubernamentales oficiales y otras personas ante su requerimiento de conformidad con las leyes federales o estatales correspondientes, o de conformidad con procesos legales; y a divulgar información odontológica a otras agencias y proveedores apropiados, y a obtenerla de estos, para proporcionar servicios y suministros odontológicos necesarios cubiertos por Premier. Si lo solicita, Premier le proporcionará una copia de cualquier información que divulgue a terceros con respecto a su información odontológica. Esta autorización para la divulgación de información odontológica seguirá vigente treinta meses desde la fecha de la firma de la solicitud. Esta autorización para la divulgación de información odontológica de Premier para divulgar la información odontológica a agencias gubernamentales oficiales y otras personas ante su requerimiento de conformidad con las leyes federales o estatales correspondientes, o de conformidad con procesos legales; y a divulgar información odontológica a otras agencias y proveedores apropiados, y a obtenerla de estos, para proporcionar servicios y suministros odontológicos necesarios cubiertos por Premier. Esta información odontológica es recopilada por Premier solo para el propósito específico de la suscripción de la prima.

DERECHO DE REEMBOLSO: Yo, en nombre mío y de mi(s) dependiente(s) indicados en esta Solicitud de inscripción, por medio del presente documento, acepto que, en caso de que cualquier servicio odontológico que se me haya provisto a mí o mis dependiente(s) y que esté cubierto por Premier sea la responsabilidad financiera principal de otra parte, debido a la presencia de otra cobertura odontológica, informaré a Premier y ejecutaré dichas asignaciones, gravámenes u otros documentos que puedan ser necesarios para permitirle a Premier recuperar el valor de los servicios y suministros provistos.

3 La cobertura de la PPO odontológica se brinda a través de Premier Access.
4 La cobertura de la DHMO se brinda a través del Plan odontológico de Access en California.
5 El Plan de la vista de Premier Access es administrado por MESVision® y está suscrito por Gerber Life Insurance Company of White Plains, Nueva York.
* Todas las referencias a "Premier Access" en este documento hacen referencia a Premier Access Insurance Company