



Actualización de Inscripción/Elegibilidad

TIPO DE PLAN:
(SEGÚN LO ESTABLECIDO ENTRE EL CLIENTE Y DELTA DENTAL)

- DELTA DENTAL PPO - PREVENTIVE PLUS
- DELTA DENTAL PREMIER
- DELTA DENTAL PPO
- DELTA DENTAL PREMIER - CHOICE
- DELTA DENTAL PPO - PLUS PREMIER
- DELTA DENTAL PPO - CHOICE
- DELTA DENTAL PPO - PLUS PREMIER "ELITE"
- DELTA DENTAL PPO - CHOICE ADVANTAGE
- DELTA DENTAL PPO - POINT OF SERVICE ADVANTAGE
- DELTA DENTAL PPO - POINT OF SERVICE

CONSULTE EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INSTRUCCIONES, EXPLICACIÓN DE LOS CÓDIGOS Y DECLARACIÓN DE NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD.

Empresa: _____

GRUPO#/SUBGRUPO# -

CÓDIGO DE LOCALIZACIÓN

Información del Suscriptor: (favor llenar a bolígrafo para actualizaciones de inscripción/elegibilidad)

NOMBRE DEL SURSCRIPTOR (APELLIDO)		(NOMBRE)		(ISN)	SUFIJO	SEXO	ESTADO CIVIL
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUScriptor	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE CONTRATACIÓN FULL-TIME	FECHA DE VIGENCIA DE COBERTURA	ESTADO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Otro: _____			
DIRECCIÓN							
<input type="text"/>							
CIUDAD				ESTADO	CÓDIGO POSTAL	MARQUE AQUÍ SI ESTA DIRECCIÓN ES NUEVA <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>		

E-MAIL: _____

Información de Actualización de Inscripción/Elegibilidad: FECHA DE VIGENCIA ACTUALIZACIÓN/CAMBIO/CULMINACIÓN: -

TIPO DE ACTUALIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD:	CAMBIO DE ESTADO DE INSCRIPCIÓN ACTUAL A:
<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN NUEVA <input type="checkbox"/> RESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA <input type="checkbox"/> ELECCIÓN COBRA <input type="checkbox"/> CULMINACIÓN DE BENEFICIOS <input type="checkbox"/> CANCELACIÓN <input type="checkbox"/> CULMINACIÓN DE USO A PARTIR DE: _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> SUScriptor <input type="checkbox"/> DEPENDIENTES MOTIVO DEL CAMBIO: <input type="checkbox"/> DIVORCIO <input type="checkbox"/> MATRIMONIO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE NOMBRE <input type="checkbox"/> GUARDA Y CUSTODIA <input type="checkbox"/> ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> OTRO: _____
TRANSFERENCIA DE GRUPO-GRUPO#/SUBGRUPO#	A: GRUPO#/SUBGRUPO#
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Información de Actualización de Inscripción/Elegibilidad del Dependiente: (favor completar para cónyuge o hijo dependiente para actualización de inscripción/elegibilidad).

CÓNyUGE (APELLIDO)	(NOMBRE)	(ISN)	SUFIJO	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	(ISN)	SUFIJO	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> INHABILITADO*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	(ISN)	SUFIJO	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> INHABILITADO*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	(ISN)	SUFIJO	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> INHABILITADO*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

ATENCIÓN: Cualquier persona que, a sabiendas y con intenciones de perjudicar, estafar o engañar a una compañía aseguradora proporcione información falsa en este formulario y solicite el procesamiento de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de delito grave.

Mediante la firma del presente formulario, acepto continuar con el proceso de inscripción según lo estipulado en el contrato entre mi Empresa y Delta Dental de Oklahoma, y reconozco haber leído la política de privacidad que se encuentra detallada en el reverso de este formulario.

Firma del Suscriptor: _____ Fecha: _____

Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información antes de completar el otro lado de este formulario. Usted deberá llenar esta planilla para inscribirse a una cobertura o para actualizar/cambiar cualquier información suministrada en una inscripción anterior. Si tiene alguna duda sobre la información solicitada, el área de recursos humanos o el departamento de personal puede ayudarle.

Información del Suscriptor - Esta sección debe ser completada para poder procesar su inscripción o actualizar sus datos. Toda la información suministrada en esta sección debe ser sobre usted, es decir, el suscriptor primario. Por favor, escriba claramente en tinta.

Fecha de Contratación Full-Time: La fecha en que usted fue contratado en su empresa.

Fecha de Vigencia de la Cobertura: La fecha en que la cobertura de Delta Dental entra en vigencia para usted (y/o sus dependientes, si aplica).

Definiciones de Estado *(Favor seleccionar sólo un estado)*

Activo: Usted es un suscriptor elegible.

Jubilado: Usted está jubilado y su empresa continúa proporcionándole beneficios en el área dental.

Cobra: Usted ya no es un suscriptor activo, pero cuenta con cobertura continuada bajo la ley COBRA. Favor de consultar con su departamento de recursos humanos para más información sobre COBRA.

Sobreviviente: El cónyuge o hijo(a) sobreviviente de un suscriptor fallecido al cual la empresa continúa proporcionando beneficios diferentes de aquéllos contemplados bajo la ley COBRA.

Información de Actualización de Inscripción/Elegibilidad - Esta sección sólo deberá ser completada si: (1) usted desea inscribirse a sí mismo o a un miembro familiar por primera vez, (2) sus beneficios culminaron y no han sido restaurados, o (3) necesita realizar cambios en su información de inscripción.

Inscripción Nueva: Para realizar por primera vez una inscripción para usted o sus dependientes elegibles.

Restablecimiento: Para realizar el restablecimiento de cobertura para usted o sus dependientes elegibles.

Culminación de Beneficios: Únicamente para culminar con la cobertura de Delta Dental para usted o un miembro familiar.

Transferencias de Grupo: Deberá ser completada al transferir de un subgrupo a otro (Todos los dependientes se transferirán).

Información de Actualización de Inscripción/Elegibilidad del Dependiente - Esta sección deberá ser completada cuando usted desee: (1) inscribir a sus dependientes o (2) proporcionar actualizaciones/cambios a la inscripción de Delta Dental. (Favor incluir nombres y apellidos de los individuos para los cuales se está realizando la inscripción, actualización o cambio).

* Inhabilitado: Se refiere a un hijo permanentemente discapacitado *(Se requiere la entrega de comprobante médico)*.

Delta Dental de Oklahoma Política de Privacidad

Todas las compañías que forman parte de la familia empresarial de Delta Dental de Oklahoma (denominado en la presente Política de Privacidad como "Delta Dental") consideran que la información personal recolectada acerca de nuestros clientes, suscriptores, clientes potenciales y suscriptores propuestos (denominados colectivamente en la presente Política de Privacidad como "Clientes") deberá ser tratada con el mayor grado de confidencialidad posible. Por esta razón, y de acuerdo con lo estipulado en la ley Gramm-Leach-Bliley de 1999, Delta Dental ha desarrollado una Política de Privacidad que se aplica a todos los empleados, oficiales, directores, agentes, corredores y a cualquier otra transacción que posea Delta Dental y que pueda contener su información confidencial. Las compañías financieras son capaces de elegir la forma en que comparten su información personal, sin embargo, la ley Federal le da a sus clientes el derecho de limitar algunos, aunque no todos, los datos compartidos. La ley Federal también nos exige explicarle la forma en que compartimos y protegemos su información personal. Por favor lea esta notificación cuidadosamente para que comprenda lo que hacemos.

La información almacenada - Almacenamos la información confidencial y privada que recibimos directamente de nuestros clientes a través de aplicaciones, formularios de inscripción, pagos de cheques, tarjetas de crédito débito, reclamos al seguro y nuestra página web. También recolectamos su información personal proveniente de otras compañías. El tipo de información personal que almacenamos depende del producto o servicio que usted tenga con nosotros. Dicha información puede incluir su nombre, dirección y número de seguro social, historial de transacciones y solicitudes, información médica e información de cuenta bancaria.

Uso de la Información - Delta Dental de Oklahoma tiene y continuará utilizando terceras partes no afiliadas para desempeñar ciertas funciones de nuestro negocio a fin de proporcionar a nuestros clientes determinados servicios y productos. Dichas funciones incluyen procesar sus solicitudes, quejas y transacciones manteniendo sus cuentas, proporcionar información sobre productos nuevos, responder a órdenes judiciales e investigaciones legales, informar a las agencias de crédito y estar al día con las leyes federales y estatales. La información almacenada por Delta Dental de Oklahoma y que es usada para proporcionar un servicio, no puede ser limitada por nuestros clientes. Sin embargo, Delta Dental de Oklahoma puede limitar esta información bajo el HIPAA en caso del cliente así requerirlo.

La ley Federal proporciona a los clientes el derecho de limitar la información compartida relacionada a los propósitos empresariales de sus afiliados, información sobre su solvencia, entre otros... mientras que los afiliados usarán su información para ofrecerle publicidad de mercadeo. Adicionalmente, las leyes estatales y otras compañías individuales podrían darle derechos adicionales para limitar la información compartida.

Delta Dental de Oklahoma no posee afiliados ni comparte información con no-afiliados con fines de mercadeo. Cuando usted deje de formar parte de nuestros clientes, continuaremos compartiendo su información según lo ya descrito en esta notificación.

Nuestra Seguridad - para proteger su información personal de usos y accesos no autorizados, mantenemos procesos de seguridad físicos, electrónicos y de procedimiento que se ajustan a la ley Federal, incluyendo custodias computarizadas, garantía de archivos y edificios. Consideramos que la información no pública debe ser tratada como confidencial. El personal que accede a dicha información es entrenado apropiadamente para manejar la misma.

Los empleados que violen este estricto nivel disciplinario estarán sujetos a nuestros procesos disciplinarios.

A medida que habilitamos cierta información personal no pública a terceras partes no afiliadas para servir a las cuentas de servicio al cliente, toda la información es estrictamente manejada a través de acuerdos confidenciales y de seguridad para proteger a nuestros clientes.

Si el plan del grupo culmina o usted culmina su cubrimiento, Delta Dental añadirá a la información las prácticas descritas en esta notificación.

Si tiene alguna duda relacionada a nuestra Política de Privacidad, por favor no dude en contactar a su representante de Delta Dental por los teléfonos (800) 522-0188 o 405-607-2100 (En el área metropolitana de la Ciudad de Oklahoma).

Bajo ninguna circunstancia venderemos información acerca de nuestros clientes o sus cuentas a ninguna compañía afiliada, grupo o individuo sin el consentimiento de nuestros clientes.