

SOLICITUD DE GRUPO PARA PEQUEÑAS EMPRESAS

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR				
Nombre de la empresa				
Dirección		N.º de suite	Ciudad	Estado
Persona de contacto		Cargo		Teléfono
CENSO DE AFILIACIÓN DEL GRUPO			CORREO ELECTRÓNICO:	
Individual	Para dos personas	Familiar	Afiliación total	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA
TARIFAS DE PRIMAS MENSUALES				
Individual:\$ _____		Para dos personas:\$ _____		Familiar:\$ _____
OPCIONES DE PAGO				
CHEQUE				
Se adjunta cheque por la cantidad de \$ _____, pagadero a Dentcare Delivery Systems, Inc., que representa el pago de la prima mensual inicial.				
TARJETA DE CRÉDITO - Cargo adicional de \$5.00 por procesamiento será añadido para cargo mensual recurrente de tarjeta de crédito.				
<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Discover	<input checked="" type="checkbox"/> Cargo mensual inicial	<input type="checkbox"/> Cargo mensual recurrente (marque una o ambas)
Nombre que aparece en la tarjeta _____				
Número de la tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____				
DÉBITO DIRECTO				
<input type="checkbox"/> Débito directo *Plazo de 30 días para el procesamiento. El primer pago debe ser con cheque.				
Número de ruta		Número de cuenta		
Institución financiera				
Nombre del titular de la cuenta				
LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS ADJUNTOS				
<input type="checkbox"/> Solicitud de grupo firmada.		<input type="checkbox"/> Pago con cheque (adjunto) o tarjeta de crédito de la prima mensual inicial.		
<input type="checkbox"/> Formularios de afiliación de grupo para cada empleado.		<input type="checkbox"/> Fecha de afiliación proporcionada electrónicamente, si corresponde.		
<input type="checkbox"/> Declaración de impuesto trimestral NYS-45 más reciente.				
Mediante mi firma a continuación, reconozco que he leído y acepto los términos y condiciones que aparecen al reverso.				
Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a la compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información falsificada de hecho, o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material de los mismos, comete un hecho fraudulento relacionado con el seguro, lo que constituye un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada una de dichas infracciones.				
Firma			Fecha	
INFORMACIÓN DEL CORREDOR DE SEGUROS				
Corredor o agente de seguros		Nombre de la empresa		N.º del Seguro Social o de identificación federal de impuestos
Corredor o agente de seguros		Nombre de la empresa		N.º del Seguro Social o de identificación federal de impuestos

SELECCIÓN DE PLAN

<input type="checkbox"/> CapDent	<input type="checkbox"/> CapDent Plus	<input type="checkbox"/> Select	<input type="checkbox"/> Select Plus	<input type="checkbox"/> Omni	<input type="checkbox"/> Voluntario integral
Afiliación mínima de 2 empleados	Afiliación mínima de 3 empleados	Afiliación mínima de 2 empleados	Afiliación mínima de 3 empleados	Afiliación mínima de 2 empleados	<input type="checkbox"/> Opción baja <input type="checkbox"/> Opción media <input type="checkbox"/> Opción alta <input type="checkbox"/> Opción alta mejorada

INFORMACIÓN ADICIONAL O COMPLEMENTARIA (SOLO PARA USO INTERNO)

Límites de edad ____ / ____	El límite de edad rige hasta <input type="checkbox"/> Cumpleaños <input type="checkbox"/> Último día del mes <input type="checkbox"/> Término del año calendario	Edad exacta
Los beneficios se prestan durante: <input type="checkbox"/> Año de contrato <input type="checkbox"/> Año calendario	Asignación de beneficios: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Período de facturación: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	Formato de facturación: <input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> Por correo electrónico <input type="checkbox"/> Protocolo de transferencia de archivos (FTP)	
Período del Acuerdo: <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 36	Días de renovación: <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	Grupo de reclamaciones
Vista <input type="checkbox"/> V0: Sin programa para la vista <input type="checkbox"/> V2: Financiamiento integral II <input type="checkbox"/> V4: Materiales de diseñador <input type="checkbox"/> V1: Financiamiento integral I <input type="checkbox"/> V3: Programa Affinity Hybrid <input type="checkbox"/> V5: Diseñador integral, vol <input type="checkbox"/> VV: Integrado		
Períodos de espera del servicio principal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 24 meses	Dentcare Delivery Systems, Inc. Representante de cuenta	

TÉRMINOS Y CONDICIONES**Información del plan dental**

Este plan está suscrito por Dentcare Delivery Systems, Inc. Puede encontrar el Acuerdo dental de grupo en el sitio web de Healthplex, Inc. (administrador externo). Previa solicitud, puede obtener una copia impresa. Se comprende y acepta que todos los niveles de beneficios, exclusiones y limitaciones se detallan en el Certificado de seguro, y las disposiciones generales de este Acuerdo se detallan en el Acuerdo dental general. Además, se comprende que después de que el solicitante firme esta solicitud y que Dentcare Delivery Systems, Inc. la acepte, el Acuerdo dental de grupo es vinculante entre el solicitante y Dentcare Delivery Systems, Inc.

La solicitud, las tarjetas de afiliación y los pagos se deben recibir a más tardar el 20º día del mes para que la cobertura comience el primer día del mes siguiente. El pago se puede realizar por débito directo, tarjeta de crédito (Visa, Discover o Mastercard) o transferencia ACH.

Requisitos mínimos de participación

CapDent y Select: El grupo acepta mantener un mínimo de dos (2) afiliados en este plan dental durante la totalidad del período de cobertura. Si no se mantiene el mínimo de afiliados, se comprende que la póliza de grupo se cancelará al término del período de la póliza.

CapDent Plus y Select Plus: El grupo acepta mantener un mínimo de tres (3) afiliados en este plan dental durante la totalidad del período de cobertura. Si no se mantiene el mínimo de afiliados, se comprende que la póliza de grupo se cancelará al término del período de la póliza.

Voluntario integral: Los grupos con diez (10) o más empleados pueden ofrecer opciones múltiples y no es necesario que escojan una sola opción. Los grupos con menos de diez (10) empleados pueden escoger solo una opción. Los grupos con menos de tres (3) empleados no pueden seleccionar la opción alta o alta mejorada.

Autorización del pago

Si los pagos recurrentes de primas mensuales se realizarán a través de la opción de tarjeta de crédito o de débito, el grupo autoriza a Dentcare Delivery Systems, Inc. a cargar en forma automática su tarjeta de crédito o de débito corporativa todos los meses durante un período de 12 meses. Si el pago se realiza a través de cargo directo, el grupo autoriza a Dentcare Delivery Systems, Inc. a debitar todos los meses directamente desde la cuenta bancaria designada.

Se aplica una prima mensual adicional de \$10.00 por cada familiar después de exceder los cinco (5) familiares.

Política de cancelación

Si la cobertura dental se interrumpe debido al no pago de las primas, se comprende que la póliza del grupo se rescindirá en conformidad con la ley de seguros del Estado de Nueva York.

Condiciones de renovación

El grupo tiene conocimiento de que este plan dental es una póliza anual. Después de la renovación, Dentcare Delivery Systems, Inc. se reserva el derecho de cambiar las tarifas de las primas mensuales.