

# Plan Dental HMO 511

## Formulario de Inscripción para el Miembro

**PacifiCare**<sup>®</sup>  
Dental

Envíe por correo o fax a:

Attn: Membership Accounting LC05-232  
PacifiCare Dental  
Post Office Box 25187  
Santa Ana, CA 92704  
Tel.: 800-228-3384  
Fax: 714-513-6507 ó 714-513-6397

**IMPORTANTE:** Vea las instrucciones al dorso. Por favor, llene todas las secciones. Este formulario no podrá ser procesado si la información está incompleta.

### SUSCRIPTOR *Por favor, llene todas las secciones. Este formulario no podrá ser procesado si la información está incompleta.*

Apellido		Nombre de pila		IM	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de nacimiento / /		Número de seguro social	
Dirección postal		Ciudad		Estado Código Postal	
Número del establecimiento dental HMO		Nombre del dentista/ciudad		¿Ha recibido usted tratamiento de este dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### DEPENDIENTES *Por favor, llene todas las secciones. Este formulario no podrá ser procesado si la información está incompleta.*

**1** Parentesco (cónyuge, hija, hijo)      Apellido      Nombre de pila      IM

Sexo  M  F      Fecha de nacimiento / /      Número de seguro social

Número del establecimiento dental HMO	Nombre del dentista/ciudad	¿Ha recibido tratamiento de este dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	----------------------------	---

**2** Parentesco (cónyuge, hija, hijo)      Apellido      Nombre de pila      IM

Sexo  M  F      Fecha de nacimiento / /      Número de seguro social

Número del establecimiento dental HMO	Nombre del dentista/ciudad	¿Ha recibido tratamiento de este dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	----------------------------	---

**3** Parentesco (cónyuge, hija, hijo)      Apellido      Nombre de pila      IM

Sexo  M  F      Fecha de nacimiento / /      Número de seguro social

Número del establecimiento dental HMO	Nombre del dentista/ciudad	¿Ha recibido tratamiento de este dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	----------------------------	---

**4** Parentesco (cónyuge, hija, hijo)      Apellido      Nombre de pila      IM

Sexo  M  F      Fecha de nacimiento / /      Número de seguro social

Número del establecimiento dental HMO	Nombre del dentista/ciudad	¿Ha recibido tratamiento de este dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	----------------------------	---

### TARIFAS/PAGOS *Por favor, llene todas las secciones. Este formulario no podrá ser procesado si la información está incompleta.*

Método de pago (elijá uno):

Pago mensual automático (*llene la Solicitud de Pago Preautorizado al dorso*)

Pago anual

Pareja .....\$ 24.53  
Suscritor .....\$ 15.50  
Grupo familiar .....\$ 34.61

Suscritor .....\$ 179.40  
Pareja .....\$ 283.80  
Grupo familiar .....\$ 399.36

Comprendo y acepto los términos y condiciones que se encuentran al dorso de esta página.

**X**

Firma del empleado

Fecha

Nombre del agente		Número del agente		Teléfono del agente ( )	
Dirección del agente		Ciudad		Estado Código postal	

**¡No olvide seleccionar a un proveedor!**

**¡Asegúrese de leer los términos y condiciones al dorso de esta página.**

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

- 1) **Marque todos los casilleros que correspondan y escriba toda la información claramente en letra de molde. (Guarde el folleto de información hasta que reciba su tarjeta de identificación.)**
- 2) **Suscriptor:** Esta sección se debe llenar siempre por completo. No olvide indicar el número del establecimiento dental HMO, el dentista y la ciudad que ha seleccionado.
- 3) **Dependientes:** Todos los dependientes que usted quiera cubrir bajo este plan deben indicarse en esta sección, así como los consultorios de los proveedores seleccionados por ellos. No olvide indicar el número del establecimiento dental HMO, el dentista y la ciudad que hayan seleccionado.
- 4) **Tarifas/pagos:** Sírvase indicar su método preferido de pago. No olvide incluir un cheque pagadero a PACIFICARE DENTAL correspondiente a la prima anual. Si prefiere el conveniente método de pago automático, también deberá llenar y firmar la Solicitud de Pago Preautorizado que se encuentra al pie de esta página. Llene la Solicitud de Pago Preautorizado **sólo** si usted quiere que se deduzca el importe de la prima mensual de su cuenta de cheques.
- 5) **Términos y condiciones:** Lea los Términos y Condiciones que aparecen más abajo y firme en el casillero que se indica con una "X" al otro lado de esta página. **Este formulario debe ser firmado para que la cobertura entre en vigor.** Su pago y el formulario de inscripción llenado deben recibirse para el 20 del mes en curso para que la cobertura pueda entrar en vigor el 1º del mes siguiente.

## INSCRIPCIÓN DEL MIEMBRO – LISTA DE CONTROL

Este formulario no podrá ser procesado si la información está incompleta y por lo tanto será devuelto. Por favor, use esta lista de control para incluir toda la información que se requiere para procesar su formulario de inscripción.

### Suscriptor:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Firma                   | <input type="checkbox"/> Selección del establecimiento dental HMO   |
| <input type="checkbox"/> Número de seguro social | <input type="checkbox"/> Método de pago<br>(Incluya un cheque pagadero a<br><b>PacifiCare Dental correspondiente</b><br>a la prima anual) |
| <input type="checkbox"/> Dirección               |   |
| <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento     |   |

### Si ha seleccionado el método de Pago

#### **Mensual Automático, por favor, también:**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Llene y firme la <i>Solicitud de Pago Preautorizado</i> que se encuentra más abajo |
| <input type="checkbox"/> Incluya un cheque anualado   |

## TÉRMINOS Y CONDICIONES

La ley de California prohíbe que se requiera una prueba de VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o que la misma sea utilizada por las compañías de seguro médico como una condición para obtener cobertura de seguro por enfermedad.

PacifiCare Dental recurre a arbitraje obligatorio para resolver todos los conflictos entre PacifiCare Dental y el grupo o miembro, incluyendo, pero sin limitarse a, acusaciones contra PacifiCare Dental por negligencia médica (es decir, si cualquier servicio dental prestado bajo el plan PacifiCare Dental fue innecesario o no autorizado o fue prestado de manera inadecuada, negligente o incompetente) y otras disputas relacionadas con la prestación de servicios bajo el plan PacifiCare Dental. PacifiCare Dental, el grupo y el miembro, cada uno entiende y acuerda expresamente que al celebrar el acuerdo de inscripción colectivo para los servicios de PacifiCare Dental o al inscribirse al plan de PacifiCare Dental y aceptar cumplir con el acuerdo de inscripción de PacifiCare, tanto PacifiCare como el grupo y el miembro renuncian cada uno voluntariamente a sus derechos constitucionales de presentar dichas disputas para ser resueltas por un tribunal de derecho ante un jurado y que en su lugar, aceptan el recurso de arbitraje obligatorio.

Además, el grupo y el miembro entienden que cualquier disputa entre el grupo o el miembro y un proveedor contratado de PacifiCare Dental, incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones contra un proveedor contratado de PacifiCare Dental por negligencia médica, no está regida por el acuerdo de inscripción de PacifiCare Dental. Sin embargo, PacifiCare Dental, el grupo y el miembro cada uno acuerda expresamente que la existencia de cualquier disputa entre el grupo o el miembro y un proveedor contratado de PacifiCare Dental, incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones por parte del grupo o del miembro contra un proveedor contratado de PacifiCare Dental por negligencia médica, no afectará en modo alguno la obligación de someter todas las disputas entre el grupo o el miembro y PacifiCare Dental, a arbitraje obligatorio.

## SOLICITUD DE PAGO PREAUTORIZADO

Llene esta sección sólo si quiere que su prima mensual se deduzca automáticamente de su cuenta de cheques.

### Nuestro plan de pago preautorizado

Es el método que le ayuda a no olvidarse de pagar su prima, casi tan fácil como la deducción de la nómina. Simplemente, autorícenos a debitar su cuenta de cheques personal todos los meses. Nosotros nos ocuparemos del resto. No habrá más papeleo para usted ni cheques que extender; ni más preocupaciones por recargos por pagos mensuales atrasados. Además, ahorrará en franqueo y sobres. Es fácil, confiable y automático.

### Acuerdo autorizado para los pagos convenidos (Débitos)

No. de cuenta (por favor, adjunte un cheque anualado) \_\_\_\_\_

Yo (nosotros) autorizo/amos por la presente a PACIFICARE DENTAL para que comience a hacer los débitos en mi (nuestra) cuenta de cheques según se indica arriba y autorizo/amos al banco que se indica abajo, de ahora en adelante llamado BANCO, a debitar de dicha cuenta la cantidad indicada.

Nombre del Banco \_\_\_\_\_ Teléfono del Banco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Esta autorización ha de permanecer en vigor y efecto plenos hasta que el BANCO haya recibido notificación por escrito de mi parte (o de cualquiera de nosotros) de la terminación de la misma, con el tiempo y de tal manera de dar al BANCO un plazo prudencial para actuar en tal sentido. El cliente tiene el derecho de hacer que un débito erróneo sea acreditado inmediatamente por el BANCO a su cuenta, hasta 15 días después de la emisión del estado de cuenta o 45 días después de efectuado el cargo, lo que suceda primero.

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_