

Plan BlueDental Choice/Copayment (PPO)

Formulario de Solicitud/Cambio del Seguro Individual

Podemos ayudarle

If you, or someone you're helping, has questions about BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-888-223-4892.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-223-4892.

Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprete, rele nan 1-888-223-4892.

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-888-223-4892.

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-888-223-4892.

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 插入SBM項目的名稱 BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 在此插入數字 1-888-223-4892。

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-888-223-4892.

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-888-223-4892.

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-888-223-4892.

هدعاست نلئسا صوصخب BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF ، كينك فحلا يذ لوصحلا يلع ددعاسلا تامولعلارو
نيا ناك كيدل و ا بدل شخص
فبرورضلا كتلب نم نود دبا فللك. نددحتال عم مجرتم لصنا ب 1-888-223-4892.

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-888-223-4892.

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-888-223-4892 an.

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-888-223-4892 로 전화하십시오.

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod 1-888-223-4892.

જો તમે કોઈ તમે મદદ કરી રહ્યાં છો તેમને BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF વિશે પ્રશ્નો હોય, તો તમને મદદ અને તમારો ભાષામાં માહિતી કોઈ અચૂર વગર મેળવવાનો અધિકાર છે. શુભાભિષયા માટે આ નંબર પર ફોન કરો, 1-888-223-4892.

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ BlueDental Choice Q, QF/BlueDental Copayment Q, QF คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย พูดคุยกับสำม โทร 1-888-223-4892

1557 Non-Discrimination

Florida Combined Life Insurance Company, Inc. (FCL) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. FCL no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

FCL:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con 1-888-223-4892.

Si considera que FCL no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo a:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
Email civilrightscordinator@fcl.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente

dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH
Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Plan BlueDental Choice/Copayment (PPO)

Formulario de Solicitud/Cambio del Seguro Individual



**Florida
Combined Life**

Enviar a: P.O. Box 44236
Jacksonville, FL 32231-4236

- Para hacer un cambio** (empiece en la Sección 1)
 Nuevo solicitante (complete desde la Sección 2 hasta la 9)

Deseo adquirir esta cobertura:

- Para mí mismo(a) Para mí y mi cónyuge/conviviente Para mi(s) hijo(s) dependiente(s) Para mi familia menores de 19 años (Planes para hijo solo)

SECCIÓN 1- CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN

(Para todos los cambios complete las secciones 2, 9 y 10. Para añadir o eliminar a un dependiente, complete la sección 4. Para cambiar el pago de la prima, complete la Sección 6.)

- Añadir/eliminar dependientes Cambio de nombre De: _____ A: _____
 Cancelar cualquier cobertura Corrección del N°. de Seguro social De: _____ A: _____
 Cambiar de giro bancario Otros cambios de información personal
 Otros: _____ Restitución: Las primas pendientes deben ponerse al día.

Enviar prima a pagar por giro postal o cheque de gerencia dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que la terminación fue procesada.

INFORMACIÓN REQUERIDA: Número de asegurado (que aparece en su Tarjeta de identificación)

Comentarios:

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Inicial del 2do. nombre	No. de Seguro social
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento: (mm/dd/yyyy)	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N°. de teléfono ()	Correo electrónico:

SECCIÓN 3 – SELECCIÓN DE LA PÓLIZA

- Póliza BlueDental Choice QF (Adulto solo o familia) Póliza BlueDental Copayment QF (Adulto solo o familia)
 Póliza BlueDental Choice Q (Hijo solo) Póliza BlueDental Copayment Q (Hijo solo)

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

Enumere todos los dependientes elegibles que tendrán cobertura. Los dependientes elegibles para el plan para hijo solo (Q) incluyen hijos dependientes de 18 años o menos en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. La cobertura en el plan (Q) finalizará el último día del año calendario en que el hijo cumpla 19 años. Los dependientes elegibles para un plan de adulto o familia (QF) incluyen a su cónyuge/pareja de hecho o hijos desde recién nacidos hasta los 30 años. Un hijo puede estar asegurado como dependiente hasta alcanzar los 26 años. Sin embargo, un hijo de hasta 30 años puede ser elegible para la cobertura si (1) es soltero y no tiene un dependiente; (2) es residente de Florida o estudiante a tiempo completo; y (3) no se le proporcionó cobertura conforme a otra póliza de seguro dental o es elegible para los beneficios conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social. Adjunte una hoja adicional, si es necesario. Firme y fecha.

Añadir	Eliminar	Apellido	Nombre	Inicial del 2º nombre	Nº de Seguro social	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Relación con usted	Género
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Cónyuge o <input type="checkbox"/> Conv.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Hijo o <input type="checkbox"/> Hijo del Conv.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Hijo o <input type="checkbox"/> Hijo del Conv.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Hijo o <input type="checkbox"/> Hijo del Conv.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

¿Usted o alguno de sus dependientes tienen seguro Dental bajo otra póliza? Sí No Si su respuesta es "SÍ", lo siguiente: el momento de la solicitud

Nombre de la persona:

Nº de Póliza:

Dirección/Nombre de la Compañía de seguros:

SECCIÓN 5 - INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

Con el fin de ser elegible para obtener cobertura, debe ser residente de Florida y tener seis meses bajo residente permanente al momento de enviar su solicitud,

1. ¿La persona mencionada en la Sección 2 es residente permanente de Florida?..... Sí No

2. ¿Todas las personas que aparecen en las Secciones 2 y 4 son ciudadanos de Estados Unidos?..... Sí No

Si la respuesta es "No", ¿tienen todas las personas enumeradas en las Secciones 2 y 4 una Visa permanente (con al menos 6 meses de vigencia restante? Podemos solicitar documentación para confirmar el estado legal de todos los solicitantes. Sí No

Nombre del asegurado	Tipo de VISA	Fecha de vencimiento de la VISA

SECCIÓN 6 - MÉTODO PARA EL PAGO DE LA PRIMA

1. **Cheque:** Pago mensual de la prima: \$ _____ (Emita cheques pagaderos a Florida Combined Life)

2. **Giro bancario:** (Retiro mensual automático) Entiendo que si escojo la opción de deducción automática recibiré facturas electrónicas únicamente.

Dirección de correo electrónico (REQUERIDA): _____ (ingrese una dirección de correo electrónico válida para comunicarle información importante acerca de la solicitud y la deducción automática).

Para Usar la Opción de giro bancario, debe Incluir un cheque nulo junto con esta solicitud y llenar la siguiente sección. Descontaremos el primer pago y los posteriores de su cuenta. Las primas de la Póliza serán descontadas tres días antes del primer día de cada mes.

Autorizo a _____ a hacer un retiro bancario de \$ _____
(Institución financiera/Nombre del banco)

De la cuenta N°. _____ N°. de ruta (Routing N°.) del Banco _____ y a remitir las cantidades deducidas a Florida Combined Life Insurance Company, Inc. (FCL), siguiendo las instrucciones de FCL. La cantidad de la deducción indicada anteriormente es aproximada y puede ser corregida como ordene FCL. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que: (a) Yo(nosotros) la cancele(mos) por escrito; (b) la cuenta antes mencionada sea cerrada; (c) los arreglos de deducción y envío de pago entre la institución financiera antes mencionada y FCL sean descontinuados; o (d) la póliza de seguro sea cancelada. Entiendo que esta autorización no deja sin efecto, ni cambia, ninguna de las provisiones de pago de la póliza emitida por FCL, y si por alguna razón esta autorización se da por terminada, cualquier pago futuro requerido bajo la póliza será hecho de acuerdo a lo dispuesto en la póliza. Estoy de acuerdo en que la institución financiera mencionada anteriormente está actuando de manera gratuita y para mi beneficio, y no como un agente de FCL.

Firma del titular de la cuenta (requerida): X _____ Fecha: _____

SECCIÓN 7 - INFORMACIÓN DEL AGENTE (para agentes únicamente)

(Debe incluir toda la información requerida para que se procese la solicitud)

Nombre del agente en letra de imprenta:	Firma X:	Fecha:
Número de teléfono del agente: ()	Número de fax del agente: ()	
Número de licencia del estado de Florida:	Código de BCBSF del agente:	

SECCIÓN 8 - REEMPLAZO DEL SEGURO

1. ¿Este seguro es para reemplazar CUALQUIER seguro dental vigente? Sí No

Si su respuesta es "Sí", indique lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguros: _____ N°. de póliza: _____

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de terminación: _____
(Además, complete el aviso de Reemplazo del seguro y preséntelo con su solicitud.)

2. ¿Durante los últimos 90 días, tuvo una póliza de seguro dental (incluyendo seguro de grupo o individual) por 12 meses consecutivos? Sí No Si su respuesta es "Sí", indique lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguros: _____ N°. de póliza: _____

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de terminación: _____

SECCIÓN 9 - ACEPTACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Soy residente de Florida y deseo afiliarme al plan seleccionado en la Sección 3. Entiendo que el seguro que solicito no entrará en vigencia hasta que FCL haya aprobado mi solicitud. Entiendo también que pueden aplicar períodos de espera para ciertos servicios.

Entiendo que este contrato es de un mínimo de un (1) año y que todos los servicios dentales necesarios serán proporcionados como se describen en el plan.

Autorizo a FCL a compartir información sobre los beneficios con cualquier compañía de seguros, organización o individuo para determinar si la coordinación de beneficios aplica a mí y a mis dependientes. Si se paga de más, autorizo a FCL a solicitar la cantidad que se pagó de más a cualquier persona o entidad a la que se hizo el pago.

Reconozco que la posibilidad de recibir los beneficios de FCL está sujeta a la divulgación completa y precisa de la información solicitada. A mi leal saber y entender, certifico que las declaraciones de esta solicitud y de cualquier documento que se adjunte, son verdaderas y están completas. Entiendo y acepto que cualquier afirmación errónea puede dar lugar a la denegación de los beneficios o la terminación de la cobertura.

Entiendo además que, por el presente, esta solicitud se convierte en parte de la póliza. Una fotocopia de esta solicitud tiene la misma validez que el documento original.

Entiendo que FCL puede dar por terminado este seguro al enviar una notificación al final de cualquier período para el que se haya hecho un pago de prima.

Entiendo que los planes de Copago BlueDental Choice Q y BlueDental Q proporcionan beneficios pediátricos solamente para las personas cubiertas que no hayan cumplido los 19 años de edad.

¿Usted está de acuerdo en recibir y aceptar comunicaciones de parte de FCI sobre su solicitud, u otras notificaciones, por correo electrónico? Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo

Solicitante/Tutor Legal (Requerido): X _____

Fecha: _____

(Requiere la firma del Tutor legal si el solicitante es menor de 18 años)

Relación del tutor legal con el menor _____

SECCIÓN 10 - AUTORIZACIÓN PARA CAMBIOS

Reconozco que la cobertura de FCL puede terminar al presentar a FCL una notificación escrita.

Los cambios en la afiliación que se otorguen a las personas mencionadas en el presente documento estarán sujetos a todas las disposiciones y limitaciones de la póliza individual. Estoy al tanto de que un cambio en los dependientes puede afectar la cantidad del pago adeudado a FCL por la cobertura dental individual. Entiendo que el cambio solicitado no entrará en efecto hasta que FCL haya emitido su aprobación. Certifico que estoy autorizado(a) a solicitar cualquier cambio en la póliza.

Si me inscribí en una póliza dental calificada en el Mercado federal de seguros médicos y quiero cambiar a una póliza fuera del Mercado de seguros médicos, entiendo que soy responsable de cancelar la póliza dental que tengo ahora en el Mercado de seguros médicos (www.healthcare.gov).

Doy fe de que soy el titular principal del seguro o representante legal de dicha persona, con autoridad competente para hacer los cambios antes mencionados.

Firma del solicitante/tutor legal (Requerido): X _____

Fecha: _____

(Requiere la firma del Tutor legal si el solicitante es menor de 18 años)

Relación del tutor legal con el menor _____

Para cualquier pregunta sobre cómo llenar esta solicitud, los asegurados potenciales deben llamar a su agente y los agentes deben llamar al (888) 753-4363.

Notificación sobre Fraudes: Cualquier persona que, deliberadamente o con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa
Con respecto al significado de este documento o sus términos.