Plan Individual Prepagado BlueDental Care Formulario de Solicitud/Cambio de Plan Individual

Florida Combined Life
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

☐ **Nuevo Solicitante (Complete desde la sección 1 hasta la 3 y complete el Formulario para Pago de Prima)**
☐ **Para Hacer un Cambio (Empiece en #1)**

Envíelo a:
Florida Combined Life
Dental Service Administrator
P.O. Box 769569
Roswell, GA 30076-8223

Información Acerca Del Cambio

(Marque todas las opciones que correspondan y complete las secciones indicadas)

☐ Nombre	Complete #1 y #3	De: _____ A: _____
☐ Corrección del Número de Seguro Social	Complete #1 y #3	De: _____ A: _____
☐ Otros Cambios de Información Personal	Complete #1 y #3	
☐ Añadir/Eliminar Dependientes	Complete #1, #2 y #3	
☐ Eliminar Toda la Cobertura	Complete #1 y #3	
☐ Cambio de Proveedor	Complete #1, #2 y #3	
☐ Cambio de Giro Bancario	Complete el Formulario para Pago de Prima (#3)	
☐ Cambio de Tarjeta de Crédito	Complete el Formulario para Pago de Prima (#2)	
☐ Otro: _____		

Información requerida acerca del cambio:

Fecha de Entrada en Vigencia Solicitada para el Cambio: _____

Nº de Contrato _____
(Aparece en su Tarjeta de Identificación)

Comentarios: _____

Motivo del Cambio:

☐ Matrimonio ☐ Límite de Edad ☐ Mudanza Fuera del Área de Cobertura ☐ Divorcio
☐ Otro (Explique):_____

Información Personal

Responda las siguientes preguntas de manera precisa y completa a su leal saber y entender. Un representante de Florida Combined Life Insurance Company, Inc. (FCL), o alguien que actúe en nuestro nombre, puede ponerse en contacto con usted para obtener más información.

Confiamos en que nos diga la verdad sobre el historial médico y de salud de todos los solicitantes (si corresponde). Tenga en cuenta que cualquier tergiversación, omisión, ocultación de hechos o declaración incorrecta puede resultar en la modificación, terminación o rescisión de su contrato. Según la ley de Florida, es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa para obtener cobertura de seguro.

1. Información del Solicitante

Apellido	Nombre	Inicial del 2º Nombre	Título	Número de Seguro Social /Número de Identificación Individual (ITIN)	Género ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento m/dd/aaaa / / (La edad mínima de un solicitante es de 18 años)	Estado, Provincia o Condado en donde nació	Nº de Establecimiento Dental (Seleccione del Directorio de Proveedores)

Dirección de su Hogar	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

¿Su dirección de facturación es la misma que la de su hogar? ☐ Si ☐ No

Me gustaría recibir correspondencia en: ☐ La dirección del hogar ☐ La dirección de facturación

Dirección de Facturación	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

Información de Contacto

Al proporcionar su(s) número(s) de teléfono, usted acepta que Florida Combined Life y aquellos que actúen en su nombre pueden comunicarse con usted sobre la solicitud, la inscripción, la cobertura y los beneficios en los números proporcionados. Pueden aplicar tarifas por llamadas móviles de acuerdo a su plan con su operador de telefonía móvil.

Número de Teléfono Principal: ( ) Número de Teléfono Secundario: ( ) Mejor hora para llamar: _____

Dirección de Correo Electrónico del Solicitante: _____

Otra Información: ¿Es usted Residente de Florida? ☐ Sí ☐ No

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.

Nombre del Solicitante	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Número de Seguro Social

2. Información del Solicitante: Enumere todos los Dependientes Elegibles que estarán cubiertos. Los Dependientes Elegibles incluyen su cónyuge/conviviente y/o hijos hasta los 30 años. Los hijos de un conviviente pueden estar cubiertos cuando el conviviente también está cubierto. Se debe seleccionar un Dentista de atención primaria del Directorio de Proveedores BlueDental Care para cada solicitante. Si es necesario, adjunte hojas adicionales firmadas y fechadas.

Cada persona en la aplicación puede seleccionar un Número de Establecimiento diferente.

Añadir/Eliminar	Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido	Nº de Seguro Social	Fecha de Nacimiento mm/dd/aaaa	Relación con el Solicitante	Género	Nº de Establecimiento (Marque la casilla si ya es paciente)
☐ ☐				☐ Cónyuge *o* ☐ Conv.	☐ M ☐ F	☐
☐ ☐				☐ Hijo *o* ☐ Hijo del Conv.	☐ M ☐ F	☐
☐ ☐				☐ Hijo *o* ☐ Hijo del Conv.	☐ M ☐ F	☐
☐ ☐				☐ Hijo *o* ☐ Hijo del Conv.	☐ M ☐ F	☐

Reconocimiento del Agente

Nombre del Agente: _____ Número de Licencia de Florida: ----------

3. RECONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR

Deseo afiliarme al plan individual prepagado de FCL. Entiendo que éste es un CONTRATO DE UN (1) AÑO COMO MÍNIMO y que todos los servicios dentales necesarios serán proporcionados como se describe en el plan. Las solicitudes completas con el pago correspondiente que se reciban a más tardar el día 15 del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 15 del mes, el plan entrará en vigencia el primer día del mes posterior al siguiente.

¿Está de acuerdo en recibir y aceptar comunicaciones de FCL sobre su solicitud u otros avisos por correo electrónico?
☐ Estoy de acuerdo

AUTORIZACIÓN DEL CAMBIO
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 del Plan Dental Individual Prepagado. Entiendo que los cambios solicitados no entrarán en efecto hasta que FCL haya emitido una aprobación de la póliza. Certifico que estoy autorizado(a) a solicitar cualquier cambio de la póliza.

Notificación de Fraude
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.

FIRMA:

X _____ _____
FIRMA DEL SOLICITANTE (Requerida): FECHA (Requerida)

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.

Plan Individual Prepagado BlueDental Care Formulario de Solicitud/Cambio de Plan Individual

Florida Combined Life
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Nombre del Solicitante	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Número de Seguro Social

PAGO DE PRIMA

1. Selección Anual de Cheque
(Emita cheques pagaderos a Florida Combined Life)
Pago del Plan $ _____
Nº de Cheque _____

2. Sección Anual de Tarjeta de Crédito
Marque Una: ☐ MasterCard ☐ Visa ☐ Discover
Nº de Tarjeta de Crédito _____
Fecha de Expiración mm/aa _____

Cantidad a cobrar (pago anual más tarifa única de $35, no Reembolsable por concepto de afiliación al plan, lo cual es la Cantidad Anual que Usted Paga) $ _____ + $35 = $ _____

Por el presente autorizo que se carguen los pagos a mi tarjeta de crédito:

Firma del Titular de la Tarjeta: _____

Fecha: _____

TARIFAS DEL PLAN FI315

Tipo de Póliza (Seleccione Una)	Pago Mensual (Sólo Giro Bancario)	Pago Anual (Cheque, Giro Bancario o Tarjeta de Crédito)
Individual	$11.99	$143.88
Individual más un dependiente	$22.78	$273.36
Individual más dos dependientes	$32.37	$388.44
Individual más tres dependientes	$41.97	$503.64
Individual más cuatro (o más) dependientes	$50.36	$604.32

Calcule su Total Abajo	Mensual	Anual
Pago del Plan	$	$
Tarifa única no reembolsable por concepto de afiliación	+ $35.00	+ $35.00
Tarifa Administrativa (Sólo Giro Bancario)	+ $1.00	
Cantidad Total Adeudada	$	$

3. Sección de Autorización para Deducción Mensual de Giro Bancario

Nombre del Titular de la Cuenta _____ Pago del Plan $ _____

Nº de Ruta Bancaria (Bank Routing) _____ Nº de Cheque _____ Autorizo a _____ _____
(Institución Financiera/Nombre del Banco)

a emitir un giro bancario de $ _____ + $1.00 = $_____ de la Cuenta Bancaria Nº _____
(Pago mensual más tarifa administrativa de $1.00) *(Sólo Una Vez por Mes)*

y a remitir las cantidades deducidas a Florida Combined Life (FCL), siguiendo las instrucciones de FCL. La cantidad de la deducción indicada anteriormente es aproximada y puede ser corregida como ordena 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 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.

DEBE INCLUIR UN CHEQUE ANULADO Y SU PRIMER PAGO MENSUAL CON ESTA SOLICITUD.

Firma del Titular de la Cuenta (Requerida): **X** _____ **Fecha:**_____

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.

Florida Combined Life
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

If you, or someone you're helping, has questions about Prepaid Individual Plan FI315, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-877-325-3979

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Prepaid Individual Plan FI315, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-325-3979.

Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan Prepaid Individual Plan FI315, 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 entèprèt, rele nan 1-877-325-3979.

quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Prepaid Individual Plan FI315, 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 1-877-325-3979.

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Prepaid Individual Plan FI315, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-325-3979.

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 插入SBM項目的名稱Prepaid Individual Plan FI315
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 1-877-325-3979。

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Prepaid Individual Plan FI315, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-877-325-3979.

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Prepaid Individual Plan FI315, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-325-3979.

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Prepaid Individual Plan FI315, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-877-325-3979.

إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Prepaid Individual Plan FI315، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-325-3979.

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su Prepaid Individual Plan FI315, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-877-325-3979.

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Prepaid Individual Plan FI315 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 1-877-325-3979 an.

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이Prepaid Individual Plan FI315 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-325-3979 로 전화하십시오.

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su Prepaid Individual Plan FI315, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-877-325-3979.

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Prepaid Individual Plan FI315 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 1-877-325-3979 an.

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이Prepaid Individual Plan FI315 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-325-3979로 전화하십시오.

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz ,macie pytania odnośnie Prepaid Individual Plan FI315, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku .Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-877-325-3979.

જો તમે કે તમે મદદ કરી રહ્યાં હો તેમને Prepaid Individual Plan FI315 વિશે પ્રશ્નો હોય, તો તમને મદદ અને તમારી ભાષામાં માહિતી કોઇ ખર્ચ વગર મેળવવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા માટે આ નંબર પર ફોન કરો, 1-877-325-3979.

หากคุณ หรือคนที่คุณกาลังช่วยเหลือมีคาถามเกี่ยวกับ Prepaid Individual Plan FI315
คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย พูดคุยกับล่าม โทร 1-877-325-3979

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 o sexo. FCL no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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 1-877-325-3979.

Si considera que FCL no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:
Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
Email civilrightscoordinator@fclife.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.

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.