



SOLICITUD INDIVIDUAL/FAMILIAR

NUEVO  CAMBIO  TERMINACION

A S E G U R A D O	APELLIDOS			NOMBRE			FECHA EFECTIVIDAD					
	SEGURO SOCIAL		FECHA NACIMIENTO MM/DD/YYYY		GENERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		TELEFONOS			EMAIL		
	DIRECCION POSTAL						PUEBLO			PR	ZIP CODE	
	DIRECCION RESIDENCIAL URBANIZACION / NUMERO / CALLE						PUEBLO			PR	ZIP CODE	
	<input type="checkbox"/> CUBIERTA <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> MAX		<input type="checkbox"/> IND \$	<input type="checkbox"/> PAREJA \$		<input type="checkbox"/> FAMILIAR \$		¿Ha tenido cubierta con DELTA DENTAL anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuándo terminó?				
D E P E N D I E N T E S	DEPENDIENTES ELEGIBLES		APELLIDOS			# SEG SOCIAL			REL	GENERO		FECHA NACIMIENTO MM/DD/YYYY
	NOMBRE INICIAL									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	1.									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	2.									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	3.									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	4.									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
M E T O D O	RAZON CAMBIO			Nota: Favor indicar tipo de cambio			Las fechas: MM / DD / YYYY					
	<input type="checkbox"/> CAMBIO DIRECCION	<input type="checkbox"/> NACIMIENTO/ADOPCION - FECHA		<input type="checkbox"/> MUERTE		<input type="checkbox"/> REINSTALACION (EFECTIVO)						
	<input type="checkbox"/> ELIMINAR DEPENDIENTES (EFECTIVO)			<input type="checkbox"/> AÑADIR DEPENDIENTES (EFECTIVO)			<input type="checkbox"/> OTROS (EXPLICAR)					
	INFORMACION BANCARIA (DEBITO DIRECTO)			CHEQUE <input type="checkbox"/>		AHORROS <input type="checkbox"/>		FECHA TRANSACCION		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 16	
	Nota: Incluya Cheque Nulo o Confirmación de # Cuenta, Ruta y Tránsito.						<input type="checkbox"/> MENSUAL		<input type="checkbox"/> 3 MESES	<input type="checkbox"/> 6 MESES		<input type="checkbox"/> ANUAL
NOMBRE BANCO			SUCURSAL			# CUENTA			# RUTA			
NOMBRE DE LA PERSONA EN LA CUENTA AUTORIZANDO EL PAGO						FIRMA			FECHA			
TARJETA DE CREDITO			<input type="checkbox"/> VISA®		<input type="checkbox"/> MASTER CARD®		<input type="checkbox"/> INICIAL		<input type="checkbox"/> RECURRENTE			
NUMERO TARJETA						FECHA / EXP						
NOMBRE DE LA PERSONA (como aparece en la tarjeta)									EMAIL			
DIRECCION COMO APARECE EN ESTADO DE CUENTA - (Si es diferente)												
A U T O R I Z A C I O N	<p>1. Esta autorización se mantendrá en cumplimiento y efecto hasta que Delta Dental of PR, Inc. reciba una notificación escrita de la persona autorizada a realizar cualquier cambio de información en esta solicitud.</p> <p>2. Recuerde que la transacción será efectuada el día 1 o 16 de cada mes según su selección. Si tiene algún cambio de cuenta bancaria favor notificarlo antes de la fecha del descuento. Todo cambio (cuenta bancaria, dirección, teléfonos, email) es responsabilidad del cliente informarlos por escrito, carta, email o fax. Email: <a href="mailto:individual@deltadentalpr.com">individual@deltadentalpr.com</a> - Dir. Postal: Metro Office Park / 14 Calle 2 Suite 200 / Guaynabo PR 00968 - Fax: 787-781-3298</p> <p>3. Los estados de cuenta bancarios serán el recibo de pago.</p> <p>4. Delta Dental of PR, Inc. se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.</p> <p>5. Autorizo a Deltaindividual@deltadentalpr.com Dental of PR, Inc. a originar débitos electrónicos a mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito especificada.</p> <p>6. Toda transacción devuelta conllevará un cargo de \$15.00 por manejo y procesamiento del mismo.</p>											
	FIRMA: TENEDOR DE TARJETA / CUENTA BANCARIA						FECHA					
NOTA : Esta solicitud debe estar acompañada de su primer pago												
O R I E N T A C I O N	<p>*PERIODOS DE ESPERA: ECO ENDODONCIA - 6 MESES CIRUGIA ORAL - 6 MESES PERIODONCIA - 6 MESES MAX ENDODONCIA - 6 MESES CIRUGIA ORAL - 6 MESES PERIODONCIA - 6 MESES PROSTODONCIA - 8 MESES ORTO - 8 MESES</p> <p>En la orientación ofrecida por el Representante Autorizado sobre nuestros productos es importante que usted entienda: los beneficios del Plan seleccionado, la tarifa seleccionada, los periodos de espera, el débito a su cuenta bancaria y la veracidad de la información provista por usted en la solicitud.</p> <p>Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos (2) años.</p>											
	<p>MARCAR UNO: <input type="checkbox"/> DESEO RECIBIR MIS DOCUMENTOS POR CORREO ELECTRONICO (EMAIL) <input type="checkbox"/> CORREO REGULAR (US MAIL)</p> <p>Certifico por la presente que la información suministrada es correcta a mi mejor entender.</p>											
	Nombre del cliente				Firma del cliente				Fecha			
I N F O	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE AUTORIZADO			<input type="checkbox"/> PRODUCTOR			<input type="checkbox"/> DIRECTO					
	NOMBRE			LICENCIA			DIRECCION					
	TELEFONOS			EMAIL			FIRMA			FECHA		

FIRMA ASEGURADO

FECHA