



**Envíe la solicitud completa a:**

Consumer Direct Team  
P.O. Box 3384  
Lisle, IL 60532  
Fax (630) 369-0507  
individual@deltadentalil.com

**Solicitud de  
seguro dental individual**

IMPRIMA O ESCRIBA CLARAMENTE EN NEGRO  
VERIFIQUE QUE LA SOLICITUD ESTÉ COMPLETA

Departamento Directo del Consumidor: 877-824-2776

Apellido		Nombre		Inicial de su segundo nombre	Sexo: M/F
Dirección			Ciudad		Estado
Número de teléfono (con el código del área)		Dirección de correo electrónico		Fecha de nacimiento	Estado civil: Soltero(a)/Casado(a)/Divorciado(a)/Viudo(a)/Separado(a)

Razón de la solicitud:  Solicitud inicial  Cambio de dependiente(s)  Cambio en inscripción (Plan individual/familiar)

Díganos cómo supo del producto dental individual de Delta Dental of Illinois:

Consulta de dentista  Sitio Web de Delta Dental of Illinois  Amigo/Familia  Anuncio  Agente  Otro \_\_\_\_\_

Seleccione un plan:  Plan preferencial individual para niños de Delta Dental  Plan Oro de Delta Dental PPO  
 Plan Oro de Delta Dental PPO con Plan preferencial individual para niños  Plan Plata de Delta Dental PPO  
 Plan Plata de Delta Dental PPO con Plan preferencial individual para niños  Plan Bronce de Delta Dental PPO

Tarifa mensual:	Plan preferencial individual para niños	Seleccione tipo de cobertura:	Tarifas mensuales:	Oro	Plan Oro con el plan preferencial individual para niños	Plata	Plan Plata con el plan preferencial individual para niños	Bronce
Por persona menor de 19 años	\$ _____	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dos personas <input type="checkbox"/> Familiar- (Tres o más personas)	Individual	\$ _____		\$ _____		\$ _____
			Dos personas	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
			Familiar	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**INDIQUE TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA SER CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA**

Nombre	Apellido (si es diferente del Solicitante)	Fecha de nacimiento	Parentesco con el solicitante	Sexo: M/F

**CAMBIO DE COBERTURA: Por favor, marque los eventos que requieran cambios en el Contrato**

Agregar dependiente debido a:  Nacimiento  Adopción  Matrimonio  Tutela legal  Dependiente discapacitado  
 Cancelar dependiente (indique abajo) debido a:  Edad  Fallecimiento  Otra cobertura en otro lugar  
 Cambio de nombre (Nombre anterior: \_\_\_\_\_)  Cambio de dirección  
 Cambio de inscripción (Individual/Plan familiar)

**COBERTURA ANTERIOR DE DELTA DENTAL** ¿Alguno de los anteriores inscritos estaban cubiertos por algún plan de grupo patrocinado por empleador de Delta Dental en los últimos 60 días?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione los nombres de esos inscritos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Delta Dental of Illinois verificará la cobertura previa de los inscritos. Después de la validación, podrían no aplicarse períodos de espera de beneficios.

**INSTRUCCIONES DE PAGO:**

Seleccione su método de pago:  Cuenta bancaria  Tarjeta de crédito

Opciones de pago:  Anual  Mensual

Si elige la cuenta bancaria como método de pago, el pago se hace por transferencia electrónica de fondos (EFT). Para poder verificar, adjunte un cheque cancelado con esta solicitud. El cargo a su tarjeta de crédito o la deducción de su cuenta bancaria por el primer mes ocurrirá inmediatamente. Las primas mensuales regulares se cargarán o deducirán el día 27 de cada mes.

**Proporcione la información siguiente para el pago con cuenta bancaria:**

Nombre de la institución financiera \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal de la institución financiera \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta (elija una)  Corriente  Ahorros Nombre del titular \_\_\_\_\_

Código de identificación bancaria \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_

*Para poder verificar, adjunte un cheque cancelado con esta solicitud.*

**Proporcione la información siguiente para el pago con tarjeta de crédito:**

Tipo de tarjeta:  Visa  MasterCard  Discover  American Express

Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año Código de seguridad: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación del titular de la tarjeta, si es distinta a la dirección del solicitante: \_\_\_\_\_

**Autorización y firma**

Al firmar a continuación, por medio del presente autorizo a Delta Dental of Illinois (DDIL) a deducir el monto de la prima indicado anteriormente de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito indicadas, aproximadamente el día 27 de cada mes, para el pago de mi prima mensual (si el modo de pago seleccionado es mensual). Comprendo que el primer débito de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH) o cargo de la tarjeta de crédito a mi cuenta se realizará inmediatamente y, si he seleccionado una opción de pago anual, el primer cargo de la tarjeta de crédito o débito de ACH incluirá la prima anual.

Acepto que esta autorización seguirá en plena vigencia hasta que DDIL haya recibido una notificación por escrito de mi parte para indicar que la estoy rescindiendo. Acepto notificar a DDIL por escrito sobre los cambios en la información de mi cuenta o la rescisión de esta autorización al menos tres (3) días (para débitos de ACH) o veinticinco (25) días (para los cargos de la tarjeta de crédito) antes de la próxima fecha de facturación.

Comprendo que DDIL me notificará con anticipación en caso de que se modifique el monto de la prima. Al firmar debajo, por medio del presente autorizo a DDIL y al banco o la compañía de la tarjeta de crédito identificados anteriormente a procesar los cargos de la tarjeta de crédito o los débito de ACH que se autorizan aquí.

Si yo no soy la persona asegurada con esta póliza, confirmo que acepto pagar esta prima de seguro en nombre de la persona asegurada. A menos que la persona asegurada sea un menor del cual yo soy el padre, la madre o el tutor legal, comprendo que todos los cambios en la póliza que puedan afectar el monto del cargo solo se comunicarán a la persona asegurada.

Acepto que si tengo algún problema o alguna inquietud sobre esta autorización o sobre la póliza de mi seguro, me comunicaré con DDIL al 877-824-2776 para obtener asistencia. También acepto que no disputaré ningún cargo con mi banco o compañía de tarjeta de crédito sin primero intentar de buena fe resolver la disputa directamente con DDIL. Garantizo que soy el titular de esta cuenta bancaria (para débitos de ACH) o el titular legal de la tarjeta (para los cargos de la tarjeta de crédito) y que estoy legalmente autorizado para celebrar este acuerdo de autorización para facturación recurrente con débito de ACH o tarjeta de crédito con DDIL.

**Información adicional en caso de pagar con débito de ACH:**

Si mi institución financiera rechaza un débito de ACH de DDIL debido a la falta de fondos, comprendo y acepto que DDIL puede, a su discreción, intentar procesar el cargo nuevamente en un plazo de treinta (30) días. Comprendo que si mi banco no respalda los débitos de ACH solicitados por DDIL en virtud de este acuerdo, DDIL puede aplicarme un cargo por servicio de \$25, y DDIL puede cobrar este cargo por servicio mediante un débito de ACH. También comprendo que DDIL puede aplicar dicho cargo por servicio cada vez que vuelva a enviar una solicitud de débito de ACH que sea rechazada (aunque sea por el mismo monto impago como una solicitud de débito de ACH anteriormente rechazada).

**Información adicional en caso de pagar con tarjeta de crédito:**

Comprendo que para toda operación que no sea respaldada por mi compañía de tarjeta de crédito para el pago a DDIL, DDIL podría aplicar un cargo por servicio de \$25. También autorizo a DDIL a usar la misma tarjeta de crédito para cobrar los cargos de las pólizas que en el futuro pueda adquirir de DDIL, siempre y cuando autorice a DDIL verbalmente.

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

Al presentar esta solicitud a Delta Dental of Illinois, para recibir cobertura dental bajo este programa, estoy de acuerdo y comprendo que esta solicitud formará parte de esta Póliza y estoy de acuerdo en adherirme a los términos de esta Póliza, expedida por DDIL. Comprendo que, si corresponde, mi firma electrónica en este formulario sirve como si fuera mi firma original. Además, estoy de acuerdo en que la cobertura solicitada está sujeta a la aprobación de DDIL y que ningún agente o representante tiene autoridad para realizar cambios o modificar esta solicitud para cobertura. Por la presente, certifico que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Asimismo, comprendo que toda omisión o tergiversación intencionada de la información presentada, puede anular o invalidar esta solicitud y la subsecuente póliza.

Al presentar esta solicitud, doy fe de que soy residente de Illinois y que no estoy cubierto(s) por ningún otro programa de beneficios dentales.

Las solicitudes deben recibirse antes del día 20 del mes para que entre en vigor el día 1 del mes siguiente. Las solicitudes recibidas después del día 20 se harán vigentes el día 1 del mes posterior al mes siguiente.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Se requiere la firma del padre o madre o tutor para los solicitantes menores de 18 años.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Cobertura supeditada a la aceptación del suscriptor*

**PARA USO DEL AGENTE SOLAMENTE**

**ID del agente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del agente/agencia:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico del agente:** \_\_\_\_\_

***Nota para los agentes:***

*Para que la comisión sea pagada con exactitud, es fundamental que usted introduzca el código de agencia correcto asignado a usted por Delta Dental of Illinois en el espacio indicado. Si no está seguro del código de agencia que le ha sido asignado, comuníquese con su representante de ventas de Delta Dental antes de presentar esta solicitud.*