

Por favor envíe este formulario a la siguiente dirección:  
P.O. Box 2400, Winston-Salem, NC 27102

# Dental **Blue Select**

## Solicitud de inscripción y cambios

Afiliado nuevo (Por favor complete las secciones A, C, D, E, F y G)

Para hacer cambios (Complete las secciones A, B y todas las secciones correspondientes.)

### A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Número de seguro social		Fecha de nacimiento		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Dirección postal		Ciudad		Estado	
Fecha en que comenzó a trabajar (mínimo de 30 horas)		Número de identificación de empleado		Número de identificación de afiliado a Dental Blue Select (si corresponde)	
Número telefónico de la casa ( )		Número telefónico del trabajo ( )		Dirección de correo electrónico	
				Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	
				Código postal	

### B. SI ESTÁ HACIENDO ALGÚN CAMBIO A UNA INSCRIPCIÓN

<b>Marque todo lo que corresponda</b> <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Corrección al número de seguro social del empleado <input type="checkbox"/> Agregar o retirar dependiente(s) <input type="checkbox"/> Cambio de dirección o número de teléfono <input type="checkbox"/> Reemplazo de una tarjeta de identificación <input type="checkbox"/> Corrección en la fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Tardío <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Otro _____ _____ _____	<b>Agregar dependiente(s)</b> <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido (hasta 1 año) <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Orden de un tribunal <input type="checkbox"/> Otro <b>Retirar dependiente(s)</b> <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Otra cobertura <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<b>Fecha del acontecimiento</b> _____ _____ _____ _____ <b>Fecha del acontecimiento</b> _____ _____ _____ _____	<b>Reestablecer cobertura</b> <b>Explique</b> _____ _____ _____ <b>Cancelar cobertura</b> <input type="checkbox"/> No cumple con los requisitos <b>Explique</b> _____ _____ Fecha _____ <input type="checkbox"/> A petición del suscriptor Fecha _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ Fecha _____
---	--	--	--

### C. SÓLO PARA EL EMPLEADOR (TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER)

Name of Employer:		Dental Blue Select Group No:		Effective Date:		Dept. / Division:	
<input type="checkbox"/> Active Employee (minimum of 30 hours) <input type="checkbox"/> Elected Official		<input type="checkbox"/> COBRA		COBRA Qualifying Event: <input type="checkbox"/> Termination of Employment <input type="checkbox"/> Reduction in Hours		<input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Over Age Dependent <input type="checkbox"/> Death of Subscriber	
What was the date of the qualifying event?				Date Continuation Started:		Date Continuation Ends:	

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ©, SM Marcas de Blue Cross and Blue Shield Association. SM1 Marca de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina.

## D. SELECCIÓN DE COBERTURA - complete para Dental Blue Select de BCBSNC

Opción seleccionada  Sólo empleado  Empleado y cónyuge  Empleado e hijo(s)  Empleado y familia

Opción de plan seleccionada  Plan Estándar  Plan Completo  Plan Completo con ortodoncia  
 Plan Mejorado  Plan Mejorado con ortodoncia

Cantidad máxima por período de beneficios  \$1,000  \$1,500 (Disponible para todos los planes excepto el Plan Estándar)

## E. COBERTURA DENTAL PREVIA (Dental Blue Select - Sólo Mejorado y Completo)

Si su empleador eligió ofrecer el plan Dental Blue Select (Mejorado o Completo), es posible que se le aplique una cobertura dental abonable para el período de espera dental. Para obtener un crédito por cobertura dental previa, usted debe enviar una factura o un certificado de cobertura que incluya los nombres y fechas de cobertura para cada persona cubierta.

## F. INFORMACIÓN DE FAMILIA - complete esta sección para las personas que reciben o terminan cobertura con Dental Blue Select\*

	Nombre (Primer nombre, segunda inicial, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento mm/dd/año	Parentesco	Sexo	Marque el estado (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Agregar / <input type="checkbox"/> Retirar					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad*** <input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Incapacitado**
<input type="checkbox"/> Agregar / <input type="checkbox"/> Retirar					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad*** <input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Incapacitado**
<input type="checkbox"/> Agregar / <input type="checkbox"/> Retirar					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad*** <input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Incapacitado**
<input type="checkbox"/> Agregar / <input type="checkbox"/> Retirar					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad*** <input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Incapacitado**
<input type="checkbox"/> Agregar / <input type="checkbox"/> Retirar					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad*** <input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Incapacitado**
<input type="checkbox"/> Agregar / <input type="checkbox"/> Retirar					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad*** <input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Incapacitado**
<input type="checkbox"/> Agregar / <input type="checkbox"/> Retirar					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad*** <input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Incapacitado**

\* Completar la solicitud no garantiza inscripción al seguro.

\*\* Si su hijo(a) es mayor de 26 años, se requiere el formulario P24 para solicitar cobertura y se revisará para determinar si cumple con los requisitos. Si corresponde, el Certificado de Incapacidad Física (Physically Handicapped Certificate) debe estar adjunto a esta solicitud. El formulario está disponible en [www.bcbsnc-dental.com](http://www.bcbsnc-dental.com).

\*\*\* Consulte con su empleador en relación a los requisitos de elegibilidad para dependientes. Puede que tenga que presentar documentación complementaria.

**Adjunto información adicional del dependiente o padre de custodia.**

## G. AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO

Comprendo que los beneficios para los cuales yo (nosotros) cumpliré (cumpliremos) con los requisitos son esos beneficios descritos en el contrato de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (BCBSNC), incluyendo el manual de beneficios, y cualquier cambio incluido en ellos. Certifico que todas las declaraciones hechas en este documento están completas y son verdaderas según mi testimonio. Comprendo que BCBSNC puede, dentro de dos años desde la fecha de esta solicitud, anular o terminar esta cobertura o negar reclamaciones de cobertura en el caso de encontrar información falsa en esta solicitud. Si se han hecho declaraciones fraudulentas, BCBSNC puede tomar acciones legales en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**¿Tiene alguna inquietud? Llame a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina al 1-888-471-2738**