



3831

# UNITED CONCORDIA® Formulario de Inscripción Dental

Para una Inscripción Nueva, complete TODAS las secciones de este formulario. Para Cambios en la Inscripción, seleccione el "Tipo de Actividad" correspondiente en la Sección A y proporcione el número de identificación y el nombre del empleado en la Sección C (también complete la Sección D para cambios de dependientes).

Rellene totalmente los círculos:  Correcto  Incorrecto

Para obtener mejores resultados, use letra de imprenta mayúscula y evite tocar el borde del recuadro. Ejemplo:



## SECCIÓN A: Información General

### 1. TIPO DE PROGRAMA

- FFS—Indemnity, Active PPO, Passive PPO (especifique)
  - Concordia Access
  - Concordia Choice
  - Concordia Flex
  - Concordia Preferred
  - Concordia Select
  - Otro \_\_\_\_\_
- DHMO (especifique)
  - Concordia Plus
  - Otro \_\_\_\_\_

Número de Proveedor (solo DHMO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 2. TIPO DE ACTIVIDAD

- Inscripción Nueva
- Cancelación de Cobertura
  - Cancelación de Toda la Cobertura (Empleado y Todos los Dependientes)
  - Cancelación Únicamente de Dependiente(s) (indique los dependientes por cancelar en la Sección D)
  - Cancelación Únicamente del Cónyuge (indique el cónyuge por cancelar en la Sección D)
- Cambio (incluya el Número de Grupo en la Sección B)
  - Incorporación de Dependiente (por ejemplo, cónyuge, pareja doméstica, hijo, etc.)
  - Cambio de Dirección
  - Reactivación de Cobertura
  - Cambio de Número de Grupo
  - Cambio de Proveedor
  - Cambio de Nombre
  - Al Grupo COBRA
  - Otro \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva (mm/dd/aaaa)

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

## SECCIÓN B: Solo Para Uso del Empleador

Nombre del Empleador

Número de Grupo (9 dígitos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ubicación de la Nómina de UCCI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## SECCIÓN C: Información del Empleado—Escriba claramente y con letra de imprenta para agilizar su solicitud.

Número de Identificación (Número de Seguro Social)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

		/			/														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Género

--

Fecha de Empleo Original (mm/dd/aaaa)

		/			/														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial del Segundo Nombre

--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección Particular

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado

--	--

Código Postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**SECCIÓN D: Información Sobre Dependientes**—En esta sección, indique los dependientes que desea incorporar/cancelar. En el caso de haber más de seis hijos dependientes, complete un formulario adicional y adjúntelo. Si los hijos dependientes indicados en esta sección son discapacitados o son estudiantes de tiempo completo mayores de 19 años, consulte a su administrador de grupo para pedirle un Formulario de Certificación de Dependiente, que deberá completar y regresar junto con el Formulario de Inscripción Dental.

Cónyuge/Pareja Doméstica

Número de Identificación (Número de Seguro Social)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

		/			/														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Género

--

Número de Proveedor (solo DHMO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#1

Primer Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial del Segundo Nombre

--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dependiente

Número de Identificación (Número de Seguro Social)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

		/			/														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Género

--

Número de Proveedor (solo DHMO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#2

Primer Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial del Segundo Nombre

--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--





## Disponibilidad del programa

- Los productos no se encuentran disponibles en ningún estado en el que la ley los prohíba ni en el cual United Concordia carezca de la aprobación de las autoridades regulatorias.
- En Idaho no se permite dar cobertura a una pareja doméstica.

## Disposiciones obligatorias en virtud de la ley estatal

- CA: Las leyes de California prohíben que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para adquirir la cobertura de un seguro médico.
- FL: Toda persona que, con conocimiento de causa, y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.
- AZ, GA, KY, NE y NH: Todas las declaraciones que haga el Asegurado o cualquier Afiliado Asegurado, se considerarán manifestaciones y no garantías, y ninguna declaración hecha con el fin de ejercer la cobertura anulará dicha cobertura o reducirá los beneficios, a menos que el Asegurado la presente por escrito y debidamente firmada.
- KS: Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar, como se explica en esta Solicitud, podría estar cometiendo un acto de aseguramiento fraudulento que podría constituir un delito.
- LA: Toda persona que presente, con conocimiento de causa, una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que presente, con conocimiento de causa, información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y con la privación de la libertad.
- NJ: Todas las declaraciones que hizo el solicitante son verdaderas y están completas, a su leal saber y entender. Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.
- NY: Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa, o que oculte con fines de engaño información concerniente a cualquier hecho material contenido en el presente, comete un acto de aseguramiento fraudulento, lo que constituye un delito, y también quedará sujeta a una sanción civil que no excederá de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación para cada una de tales violaciones.
- OR: Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar, como se explica en esta Solicitud, podría estar cometiendo un acto de aseguramiento fraudulento que podría constituir un delito.
- OR: El plazo de impugnación se limita a dos años, tal como se declara en la Póliza Colectiva.
- TN: Se considera un delito proporcionar de manera intencional información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora, con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen privación de la libertad, multas y denegación de los beneficios del seguro.
- UT: Cualquier asunto en disputa entre usted y la compañía puede estar sujeto a arbitraje como una alternativa a la acción judicial conforme a las Reglas de (la Asociación Americana de Arbitraje [American Arbitration Association] u otros árbitros reconocidos), y puede conseguir una copia de dichas reglas si las solicita a la compañía. Toda decisión de arbitraje será obligatoria, tanto para usted como para la compañía. El laudo arbitral puede incluir honorarios legales si las leyes del estado lo permiten y puede homologarse en cualquier tribunal competente.
- VA: Toda persona que, con la intención de cometer un fraude o que, a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede estar infringiendo las leyes del estado.

## United Concordia funciona como una subsidiaria en propiedad absoluta bajo el nombre indicado a continuación, en los siguientes estados:

- United Concordia Dental Corporation of Alabama: AL
- United Concordia Dental Plans, Inc.: DC, MD, NJ
- United Concordia Dental Plans of California, Inc.: CA
- United Concordia Dental Plans of Florida, Inc.: FL
- United Concordia Dental Plans of Kentucky, Inc.: KY
- United Concordia Dental Plans of the Midwest, Inc.: MI, MO, OH
- United Concordia Dental Plans of Pennsylvania, Inc.: PA
- United Concordia Dental Plans of Texas, Inc.: TX
- United Concordia Insurance Company: AK, AR, AZ, CA, CO, CT, FL, GA, HI, IA, ID, IN, KS, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MS, MT, NE, NH, NV, NM, ND, OH, OK, OR, RI, SC, SD, TN, TX, UT, VT, VA, WA, WV, WY
- United Concordia Life and Health Insurance Company: DE, DC, IL, KY, MD, MO, NC, NJ, PA
- United Concordia Insurance Company of New York: NY

### **La discriminación es contra la ley**

El Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género. El Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo asignado en el momento del nacimiento, identidad de género o género registrado. Además, el Plan no rechazará ni limitará la cobertura a ningún servicio de salud con base en el hecho que el sexo de una persona asignado en el momento del nacimiento, identidad de género o género registrado es diferente para el que dicho servicio de salud está disponible normalmente. El Plan no rechazará ni limitará la cobertura para un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicho rechazo o limitación da lugar a una discriminación contra una persona transgénero.

El Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles.

Si usted considera que el Plan no le ha provisto estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera basado en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género, usted puede presentar una queja a: Coordinador de derechos civiles, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@highmark.com](mailto:CivilRightsCoordinator@highmark.com). Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle. Usted puede presentar una queja por los derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por medio del Portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o teléfono en:

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)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.