

---

# Solicitud

## DE COBERTURA DENTAL

---

Blue Cross and Blue Shield of Alabama  
Attention: Payment Processing Department  
P.O. Box 11551  
Birmingham, Alabama 35282-9722

---

Blue Cross and Blue Shield of Alabama  
Nuevos solicitantes: 1-855-204-4729 (TTY: 711)  
Asegurados actuales: 1-855-880-6350

---

Dental **Blue**<sup>®</sup> **Premier**



Un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association



Llene todos los datos de esta solicitud escribiendo con letras de molde mayúsculas en tinta negra. La falta de cualquier información puede demorar el procesamiento de su solicitud. Para ser elegible para esta cobertura, el solicitante debe ser residente del estado de Alabama y tener al menos 19 años de edad. La presencia de un asterisco (\*) indica un campo obligatorio.

Número de contrato existente con Blue Cross and Blue Shield of Alabama

TIPO DE CONTRATO: Seleccione el tipo de cobertura que necesita: [ ] SÓLO PARA EL TITULAR [ ] TITULAR + UNA PERSONA [ ] FAMILIA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE [ ] DR. [ ] SR. [ ] SRA. [ ] SRTA. [ ] REV. \*CAMPOS OBLIGATORIOS

\*APELLIDO \*NOMBRE

NOMBRE DE SOLTERA/SEGUNDO NOMBRE SUFJO (Jr, Sr, III, IV) \*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

\*DIRECCIÓN FÍSICA/RESIDENCIAL (En dónde vive - no se permiten apartados postales)

\*CIUDAD \*ESTADO \*CÓDIGO POSTAL

\*CONDADO \*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) \*GÉNERO [ ] MASCULINO [ ] FEMENINO

\*NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL [ ] CASA [ ] TRABAJO [ ] CELULAR NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO [ ] CASA [ ] TRABAJO [ ] CELULAR

Díganos a qué hora prefiere que le llamemos: [ ] MAÑANA [ ] TARDE [ ] NOCHE

\*DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (En dónde recibe sus facturas, si es diferente a su dirección física)

\*CIUDAD \*ESTADO \*CÓDIGO POSTAL

\*DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES ESCRIBA TODOS SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES DE ACUERDO CON ESTE CONTRATO, E INCLUYA SUS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL.

NOTA: Para que esta solicitud se procese, debe incluir los números de seguro social del solicitante y de todos sus dependientes. Al firmar esta solicitud, usted certifica que todos los dependientes son elegibles para recibir cobertura en los términos del plan para el que presenta la solicitud.

DEPENDIENTE \*RELACIÓN [ ] CÓNYUGE [ ] HIJO(A) [ ] HIJASTRO(A) [ ] HIJO(A) ADOPTADO(A) [ ] HIJO(A) DE ACOGIDA TEMPORAL [ ] NIETO(A)

\*APELLIDO

\*NOMBRE NOMBRE DE SOLTERA/SEGUNDO NOMBRE

SUFJO (Jr, Sr, III, IV) \*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \*GÉNERO (marque uno) [ ] MASCULINO [ ] FEMENINO \*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

DEPENDIENTE \*RELACIÓN [ ] CÓNYUGE [ ] HIJO(A) [ ] HIJASTRO(A) [ ] HIJO(A) ADOPTADO(A) [ ] HIJO(A) DE ACOGIDA TEMPORAL [ ] NIETO(A)

\*APELLIDO

\*NOMBRE NOMBRE DE SOLTERA/SEGUNDO NOMBRE

SUFJO (Jr, Sr, III, IV) \*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \*GÉNERO (marque uno) [ ] MASCULINO [ ] FEMENINO \*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

<b>DEPENDIENTE</b> *RELACIÓN <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> HIJASTRO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) ADOPTADO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) DE ACOGIDA TEMPORAL <input type="checkbox"/> NIETO(A)			
*APELLIDO			
*NOMBRE			NOMBRE DE SOLTERA/SEGUNDO NOMBRE
SUFIJO (Jr, Sr, III, IV)	*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	*GÉNERO (marque uno) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

<b>DEPENDIENTE</b> *RELACIÓN <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> HIJASTRO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) ADOPTADO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) DE ACOGIDA TEMPORAL <input type="checkbox"/> NIETO(A)			
*APELLIDO			
*NOMBRE			NOMBRE DE SOLTERA/SEGUNDO NOMBRE
SUFIJO (Jr, Sr, III, IV)	*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	*GÉNERO (marque uno) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

<b>DEPENDIENTE</b> *RELACIÓN <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> HIJASTRO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) ADOPTADO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) DE ACOGIDA TEMPORAL <input type="checkbox"/> NIETO(A)			
*APELLIDO			
*NOMBRE			NOMBRE DE SOLTERA/SEGUNDO NOMBRE
SUFIJO (Jr, Sr, III, IV)	*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	*GÉNERO (marque uno) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

<b>DEPENDIENTE</b> *RELACIÓN <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> HIJASTRO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) ADOPTADO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) DE ACOGIDA TEMPORAL <input type="checkbox"/> NIETO(A)			
*APELLIDO			
*NOMBRE			NOMBRE DE SOLTERA/SEGUNDO NOMBRE
SUFIJO (Jr, Sr, III, IV)	*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	*GÉNERO (marque uno) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

**ELEGIBILIDAD: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Para fines de coordinación de beneficios, ¿alguna de las personas que se asegurarán estará cubierta por otro plan o póliza dental en el momento en que esta póliza entre en vigor? Si contestó que sí, proporcione la siguiente información. Use hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO O DEPENDIENTE

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA OTRA COBERTURA	NÚMERO DE PÓLIZA, IDENTIFICACIÓN, CONTRATO O CERTIFICADO
--	--

NÚMERO DE GRUPO	TIPO DE COBERTURA: <input type="checkbox"/> SOLO EL TITULAR <input type="checkbox"/> TITULAR + UNA PERSONA <input type="checkbox"/> FAMILIA
-----------------	---

**PAGOS Y FACTURACIÓN**

Solamente aceptaremos los pagos de sus primas si provienen de su cuenta personal (**no empresarial**). Las primas se pagan por adelantado, de manera mensual.

**PRIMA** – Me comprometo a pagarles por adelantado la prima mensual, por el importe debido, a más tardar el 1.er día de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Seleccione un método automático de pago O un método de facturación. **De no seleccionar un método automático de pago O un método de facturación, se retrasará el procesamiento de su solicitud.**

**MÉTODO DE FACTURACIÓN**Seleccione **UN** método de facturación **Estado de cuenta electrónico**

Recibirá una notificación por correo electrónico cada mes, cuando su estado de cuenta de facturación esté disponible. Se requiere una dirección de correo electrónico.

\_\_\_\_\_

 **Estado de cuenta de facturación**

Recibirá un estado de cuenta de facturación cada mes, que incluye una factura que debe devolver con el pago de su prima. Se le enviará una notificación de cortesía por correo electrónico.

**MÉTODO DE PAGO AUTOMÁTICO\*** **Cheque electrónico**

Cuando tenga su número de contrato, puede establecer pagos automáticos con tarjeta de crédito o débito en el sitio de internet de myBlueCross o llamando al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

\* Llene el acuerdo de autorización de pago que se adjunta y entréguelo junto con esta solicitud. Si se aprueba, su pago se cargará cada mes a su cuenta. La implementación del pago automático puede tardar hasta 30 días. Recibirá una factura por sus primas hasta que se establezca su método de pago. Se le enviará una notificación de cortesía por correo electrónico.

Para garantizar que su cheque electrónico se procese, envíe por correo un cheque anulado en blanco a:

**Blue Cross and Blue Shield of Alabama**  
**Attention: Payment Processing**  
**Department**  
**P.O. Box 11551**  
**Birmingham, Alabama 35282-9722**

**MES PREFERENTE DE ENTRADA EN VIGOR**

MES EN QUE LE GUSTARÍA INICIAR

                 

Tome en cuenta que si su mes preferente de entrada en vigor no está disponible por cualquier motivo, su contrato entrará en vigor el siguiente mes disponible, de acuerdo con los lineamientos aplicables.

**AVISO DE ARBITRAJE VINCULANTE**

**EL CONTRATO QUE ESTÁ SOLICITANDO INCLUYE ARBITRAJE DEFINITIVO Y VINCULANTE. ESO SIGNIFICA QUE TODOS LOS DESACUERDOS QUE NO SE RESUELVAN MEDIANTE EL PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA QUE SE DESCRIBE EN EL FOLLETO DEL PLAN DENTAL SERÁN RESUELTOS POR UN ÁRBITRO, Y NO POR UN TRIBUNAL. LA DECISIÓN DEL ÁRBITRO ES VINCULANTE. UN ÁRBITRO ES UNA PARTE INDEPENDIENTE Y NEUTRAL QUE TOMA UNA DECISIÓN DESPUÉS DE ESCUCHAR A AMBAS PARTES. LA DECISIÓN DEL ÁRBITRO NO PUEDE SER REVISADA POR UN TRIBUNAL, SALVO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE DESCRIBEN EN EL CONTRATO. EL ÁRBITRO FUNGE COMO JUEZ Y JURADO. AL FIRMAR ABAJO, USTED SE COMPROMETE A RESOLVER TODOS LOS DESACUERDOS MEDIANTE ARBITRAJE Y NO MEDIANTE UN JUICIO EN UN TRIBUNAL.**

**ACUERDO DE ARBITRAJE - DESPUÉS DE LEER EL PRESENTE TEXTO, ACEPTO LAS DISPOSICIONES SOBRE ARBITRAJE DEL CONTRATO.**

Reconozco con mi firma que he leído y entendido el anverso y reverso de esta solicitud, que todas las declaraciones que he hecho son veraces y completas, y que me comprometo a someterme a **arbitraje vinculante** en lo referente al plan dental que se describe en esta solicitud y en mi folleto del contrato del plan dental Blue Cross and Blue Shield of Alabama.

**ESTA SOLICITUD NO ESTÁ COMPLETA HASTA QUE ESTÉ FIRMADA Y FECHADA.**

FIRMA DEL TITULAR DEL CONTRATO

FECHA DE LA FIRMA

**CÓDIGO DE REPRESENTANTE 1:**

(Sólo para uso de la oficina)

\_\_\_\_

**CÓDIGO DE REPRESENTANTE 2:**

(Sólo para uso de la oficina)

\_\_\_\_



## AVISO DE EXCLUSIONES Y OTRAS LIMITACIONES

Durante los primeros 365 días que esté cubierto por este plan, el plan no ofrece beneficios para servicios de ortodoncia. Debe transcurrir todo el período de 365 días de exclusión de beneficios antes de que haya disponibles beneficios para servicios de ortodoncia en el plan. No se tomará en cuenta el tiempo transcurrido en un período de exclusión de beneficios de ortodoncia en un plan anterior.

## PAGO OPORTUNO DE PRIMAS

### *Pago inicial de las primas del período de inscripción abierta anual*

Su pago inicial de primas durante el período de inscripción abierta anual debe hacerse a más tardar en la fecha programada de entrada en vigor de su cobertura. Si no recibimos su pago inicial de primas puntualmente, se cancelará la fecha programada de entrada en vigor de su cobertura del plan y usted no tendrá cobertura del plan.

### *Pago inicial de las primas del período de inscripción abierta especial*

En la mayoría de los casos, su pago inicial de primas durante el período de inscripción abierta especial debe hacerse a más tardar en la fecha programada de entrada en vigor de su cobertura. En algunos casos (como el de una cobertura retroactiva en caso de un nacimiento o en otras circunstancias), su pago inicial de primas durante esos períodos de inscripción abierta especial debe hacerse a más tardar 30 días después del estado de cuenta de su prima. Si no recibimos su pago inicial de primas puntualmente, se cancelará la fecha programada de entrada en vigor de su cobertura del plan y usted no tendrá cobertura del plan.

### *Pagos de las primas de meses subsecuentes*

Después de que haga su pago inicial de la cobertura del plan, debe hacer pagos periódicos oportunos por cada mes subsecuente.

Cada uno de sus pagos periódicos mensuales vence el día 1 del mes de ese período de cobertura mensual. Hay un período de gracia de 30 días en todos los pagos de primas mensuales después del pago de la prima inicial. Si no liquida en su totalidad un pago mensual antes de que termine el período de gracia de ese período de cobertura, se cancelará su cobertura del plan a partir del último día del mes previo a ese período de cobertura mensual. El incumplimiento del pago oportuno de las primas no es un evento que origine una inscripción abierta especial para cobertura posterior del plan.

## INICIO DE LA COBERTURA

### *Su inscripción inicial*

Si aceptamos su solicitud, recibirá una tarjeta de identificación. Su cobertura inicia en la fecha de entrada en vigor que aparece en su tarjeta de identificación, asumiendo que pague de manera oportuna sus primas iniciales antes de la fecha programada de entrada en vigor de su cobertura. De no liquidar en su totalidad y de manera oportuna sus primas iniciales, su cobertura se cancelará en la fecha de entrada en vigor.

### *Ausencia de período de inscripción abierta anual para dependientes*

No hay período de inscripción abierta para añadir a un cónyuge o dependiente a su plan. Sin embargo, puede añadir a un cónyuge o dependiente a su plan en circunstancias limitadas que se describen a continuación. Además, si tiene cobertura para usted mismo en el plan, primero tendrá que convertir su cobertura a cobertura familiar y pagar las primas adicionales.

### *Período de inscripción especial para dependientes que pierdan otra cobertura*

Puede inscribir en el plan a un dependiente (1) que no se inscribió durante su inscripción inicial porque el dependiente elegible tenía otra cobertura, (2) cuya otra cobertura era una cobertura COBRA que se agotó u otra cobertura dental que terminó debido a "pérdida de elegibilidad" (como se describe más adelante), y (3) que solicite su inscripción dentro de un plazo de 60 días de que se agote o cancele su cobertura. La cobertura entrará en vigor a más tardar el primer día del primer mes que inicie después de la fecha en que se reciba la solicitud de inscripción especial (asumiendo que usted liquide sus primas en su totalidad y de manera oportuna).

La pérdida de elegibilidad que puede originar un período de inscripción especial incluye la pérdida de cobertura como resultado de una separación legal, divorcio, terminación del estatus de dependiente, terminación de la cobertura dental pediátrica, muerte, terminación del empleo, reducción en la cantidad de horas de empleo, omisión de su empleador de ofrecerle cobertura dental, y cualquier pérdida de elegibilidad que se relacione con alguno de estos eventos, pero no incluye la pérdida de cobertura debido al incumplimiento con el pago oportuno de las primas, ni la cancelación de la cobertura por fraude o declaraciones falsas deliberadas de hechos materiales.

Una persona o dependiente elegible cuya otra cobertura tenga un año del plan o año de póliza que no coincida con el año calendario también puede inscribirse en el plan al final del año del plan de su otra cobertura, si solicita la cobertura dentro de un plazo de 60 días de que termine el año del plan de la otra cobertura. La cobertura entrará en vigor a más tardar el primer día del primer mes calendario que inicie después de la fecha en que se reciba la solicitud de inscripción especial.

### *Período de inscripción especial para nuevos dependientes*

Si tiene un nuevo dependiente debido a un nacimiento, colocación para adopción, adopción o colocación como hijo(a) de acogida temporal elegible, puede inscribir a su cónyuge y a su nuevo dependiente como afiliados especiales, asumiendo que solicite su inscripción dentro de un plazo de 60 días del evento. La fecha de entrada en vigor de la cobertura será la fecha de nacimiento, colocación para adopción, adopción o colocación como hijo(a) de acogida temporal elegible (asumiendo que liquida de manera oportuna la totalidad de sus primas).

Si tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, puede inscribir a su cónyuge y a su nuevo dependiente como afiliados especiales, asumiendo que solicite su inscripción dentro de un plazo de 60 días del evento. En el caso de un dependiente adquirido por matrimonio, la fecha de entrada en vigor será a más tardar el primer día del primer mes que inicie después de la fecha en que se reciba la solicitud de inscripción especial (asumiendo que usted liquide sus primas en su totalidad y de manera oportuna).

Si está obligado a proporcionar cobertura dental para un dependiente debido a una orden de manutención médica calificada u otra orden judicial, puede inscribir a ese dependiente como afiliado especial, asumiendo que solicite su inscripción dentro de un plazo de 60 días de la fecha de la orden judicial. La fecha de entrada en vigor de la cobertura será la fecha de la orden judicial (asumiendo que usted liquide sus primas en su totalidad y de manera oportuna).

## CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Entiendo que tengo el derecho de devolverles el contrato del plan dental durante los primeros treinta días de cobertura si no estoy satisfecho por cualquier motivo. Si lo hago, me reembolsarán todas las cuotas que haya pagado por el contrato dental y revocarán retroactivamente todos los pagos de beneficios que hayan hecho como parte del plan.

Entiendo que, si me da aviso por escrito con 30 días de anticipación, Blue Cross and Blue Shield of Alabama (Blue Cross) puede cambiar las primas y cualquiera de las disposiciones específicas del contrato. Si pago alguna prima después de que se me dé aviso del cambio en las primas o en el contrato, acepto las nuevas primas y los cambios en el contrato. No obstante lo anterior, si Blue Cross and Blue Shield of Alabama cambia los beneficios del plan de manera que no esté relacionada con una renovación y ese cambio constituye una reducción material de beneficios que provoque un cambio en el Resumen de Beneficios y Cobertura del plan, Blue Cross and Blue Shield of Alabama le dará aviso por escrito del cambio con 60 días de anticipación. Por último, Blue Cross and Blue Shield of Alabama no puede establecer un índice de tasas y hacer ajustes a nivel del mercado o del plan con una frecuencia que sea mayor o menor que la anual.

Solicito cobertura de su plan dental Blue Cross con los términos y condiciones que actualmente expide Blue Cross. Entiendo que el plan no entrará en vigor hasta que ustedes acepten esta solicitud. Si aceptan esta solicitud, me enviarán el folleto del plan junto con una tarjeta de identificación que muestre la fecha en la que inicia mi cobertura del plan.

Esta solicitud, el folleto del plan dental de Blue Cross y los cambios al plan, junto con las solicitudes suplementarias, constituyen la totalidad de mi contrato con ustedes. El contrato puede ser modificado por mi entrega de otra solicitud que ustedes acepten, o por una enmienda, cláusula adicional u otro cambio por escrito al contrato del plan que sea firmado por un directivo de Blue Cross.

Entiendo y afirmo que toda la información que proporcione en la presente solicitud es verdadera y está completa. Entiendo que ustedes confían en su veracidad y completitud cuando la aceptan y me expiden un contrato. Cualquier falsedad intencional en los hechos materiales que yo exponga invalidará el contrato desde el principio de su cobertura. Cualquier falsedad intencional material constituirá fraude y será procesada por Blue Cross de acuerdo con todas las leyes civiles y penales, tanto estatales como federales, en la mayor medida que contemplen dichas leyes. Toda persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta al pago de reparaciones y multas, a una pena de prisión, o a una combinación de dichas sanciones.

En caso de que mi solicitud no sea aceptada por cualquier motivo, entiendo que recibiré una carta de rechazo. Si es aceptada, ustedes me enviarán una factura y yo deberé pagarla de acuerdo con la fecha de entrada en vigor/vencimiento en mi contrato. Si la solicitud es aceptada, pero no pagada, entonces el contrato se cancelará como nulo.

Entiendo que al solicitar esta cobertura no se cancelan los contratos existentes. Si deseo cancelar mi cobertura actual con Blue Cross and Blue Shield of Alabama, llamaré al número de servicio al cliente que aparece al reverso de mi tarjeta de identificación.

## BLUE CROSS AND BLUE SHIELD ASSOCIATION

El Solicitante, en su propio nombre y en el de sus miembros, por este medio reconoce explícitamente su comprensión de que este acuerdo constituye un contrato exclusivamente entre el Solicitante y Blue Cross and Blue Shield of Alabama, que es una corporación independiente que opera con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de Planes Blue Cross and Blue Shield independientes (la "Asociación") que permite a Blue Cross and Blue Shield of Alabama utilizar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en el estado de Alabama, y que Blue Cross and Blue Shield of Alabama no ha sido contratada como agente de la Asociación. El Solicitante, en su propio nombre y en el de sus miembros, además reconoce y acepta que no ha firmado este acuerdo con base en las afirmaciones de cualquier persona distinta a Blue Cross and Blue Shield of Alabama, y que ninguna persona, entidad u organización distinta a Blue Cross and Blue Shield of Alabama será responsable ni tendrá obligación alguna hacia el Solicitante por cualquier obligación que este acuerdo imponga a Blue Cross and Blue Shield of Alabama para con el Solicitante. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional por parte de Blue Cross and Blue Shield of Alabama, excepto por las obligaciones creadas por otras disposiciones del presente acuerdo.

## ASISTENCIA CON IDIOMAS EXTRANJEROS

En caso de que usted, o alguien a quien le preste ayuda, tenga preguntas acerca de esta solicitud de cobertura dental de Blue Cross and Blue Shield of Alabama, usted tiene el derecho a recibir cierta ayuda e información en su idioma, sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, consulte el documento MKT-215 Asistencia con idiomas extranjeros, que se incluye con su solicitud.