



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO NO GRUPAL PARA PLANES DENTALES Y DE VISIÓN

Enviar por correo postal a: Horizon BCBSNJ  
Attn: Consumer Enrollment Dept.  
P.O. Box 1330  
Newark, NJ 07101-1330  
Enviar por correo electrónico a: individualapplication@HorizonBlue.com  
Enviar por fax a: 973-274-4413  
HorizonBlue.com

### A. Tipo de Actividad – para ser completado por el Solicitante Consulte las instrucciones antes de llenar este formulario. (Marque todas las opciones que correspondan)

1. AGREGAR	Fecha del evento	Razón	Fecha del evento	Razón
<input type="checkbox"/> Inscripción de un nuevo asegurado	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Agregar pareja	____/____/____
<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Agregar niño dependiente	____/____/____
<input type="checkbox"/> Agregar pareja en unión civil	____/____/____	_____		

2. ELIMINAR	Fecha del evento	Razón	Fecha del evento	Razón
<input type="checkbox"/> Eliminar cónyuge	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Eliminar pareja	____/____/____
<input type="checkbox"/> Eliminar pareja en unión civil	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Eliminar niño dependiente	____/____/____

3. Otro CAMBIO	Fecha del evento	Razón
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Cambio de plan	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Otro	____/____/____	_____

### B. Opciones de plan Seleccione el plan/los planes y la(s) unidad(es) de cobertura deseados.

<b>Pediatría Dental y Pediatría Dental Familiar</b> <i>(marcar una)</i>  <small>Certificado por el Mercado de Seguros</small>	<input type="checkbox"/> <b>Pediátrico Dental Autónomo (SAPD) Horizon Young Grins Stand</b> (solo ofrece beneficios para dependientes menores de 19 años) <input type="checkbox"/> <b>Horizon Family Grins</b> <input type="checkbox"/> <b>Horizon Family Grins Plus</b>
<b>Unidad (marcar una)</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Dos adultos <input type="checkbox"/> Adulto y niño (s)	

<b>Dental Familiar</b> <i>(marcar una)</i>	Pueden comprarse estos planes junto con el plan SAPD Horizon Young Grins. <input type="checkbox"/> <b>Horizon Healthy Smiles 100/80/50/50</b> <input type="checkbox"/> <b>Horizon Healthy Smiles 80/50/50/50</b> <input type="checkbox"/> <b>Horizon Healthy Smiles Plus 100/80/50/50</b> <input type="checkbox"/> <b>Horizon Healthy Smiles Plus 80/50/50/50</b> ¿Actualmente tiene cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Si contestó que sí, ingrese la siguiente información:  Nombre de la aseguradora dental: _____  Número de póliza dental: _____  La cobertura dental es un plan de pediatría dental, un plan dental con descuento o un plan solo preventivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Unidad (marcar una)</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Dos adultos <input type="checkbox"/> Adulto y niño (s)	

<b>Visión</b> <i>(marcar una)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Horizon Panorama Plan V</b> <input type="checkbox"/> <b>Horizon Vista V</b>
<b>Unidad (marcar una)</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Dos adultos <input type="checkbox"/> Adulto y niño (s)	

**C. Información del solicitante**

Agregar  Otro cambio  Continuar *Si cambió de nombre, indique el nombre anterior: \_\_\_\_\_*

Apellido:

Primer nombre:  Inicial del segundo nombre:

N.º de seguro social:

Fecha de nacimiento:  MM DD AAAA

Sexo:  M  F

Correo electrónico:

¿Es residente de New Jersey?  Sí  No

Residencia principal: Calle  Depto.:

Ciudad:  Estado:  Código postal + 4:  -

Teléfono de casa:  Teléfono celular:

¿Mantiene usted una casa en algún otro estado/país?  Sí  No *Si la respuesta es sí: Nombre del estado/país: \_\_\_\_\_ Número de meses que vive allí cada año: \_\_\_\_\_*

Otra residencia: Calle  Depto.:

Ciudad:  Estado:  Código postal:  -  Teléfono:

Su dirección para enviar la factura:  Residencia principal  Otra residencia  P.O. Box u otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

**D. Otros individuos cubiertos**

*Identifique a otros individuos aparte de usted para los cuales está agregando/cambiando/eliminando cobertura. Adjunte páginas adicionales con fecha y su firma de ser necesario.*

**1. CÓNYUGE/PAREJA EN UNIÓN CIVIL/PAREJA EN UNIÓN LIBRE**  Agregar  Eliminar  Otro

Apellido (si el apellido es diferente del solicitante, adjuntar comprobante):

Primer nombre:  Inicial del segundo nombre:

N.º de seguro social:

Fecha de nacimiento:  MM DD AAAA

Sexo:  M  F

¿Misma dirección residencial que el solicitante?  Sí  No

De no ser así, ingrese la dirección residencial y explicar por qué es diferente: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: Calle  Depto.:

Ciudad:  Estado:  Código postal + 4:  -

**2. NIÑO**  Agregar  Eliminar  Otro

Apellido (si el apellido es diferente del solicitante, adjuntar comprobante):

Primer nombre:  Inicial del segundo nombre:

N.º de seguro social:

Fecha de nacimiento:  MM DD AAAA

Sexo:  M  F

¿Vive con el solicitante?  Sí  No

De no ser así, ingrese la dirección residencial y explicar por qué es diferente: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: Calle  Depto.:

Ciudad:  Estado:  Código postal + 4:  -

**3. NIÑO**     Agregar     Eliminar     Otro

Apellido (si el apellido es diferente del solicitante, adjuntar comprobante): \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F    ¿Vive con el solicitante?  Sí  No

De no ser así, ingrese la dirección residencial y explicar por qué es diferente \_\_\_\_\_

Dirección residencial: Calle \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal + 4: \_\_\_\_\_

**E. Información de pago** *Indique cómo le gustaría hacer el pago.*

Cheque     Giro postal     Giro bancario automático único (utilizado solo para el pago de la prima inicial)

Ingrese la información bancaria para el giro bancario automático: Número identificador del banco (routing #): \_\_\_\_\_ N.º de cuenta \_\_\_\_\_

Tipo de tarjeta de crédito o débito:  Visa     MasterCard

N.º de tarjeta de crédito o débito: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**F. Firma del solicitante (si el solicitante es menor de 18 años, entonces la firma del tutor)**

Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa. Por este medio acepto las Condiciones de Inscripción establecidas en este formulario de solicitud de Inscripción/Cambio No Grupal.

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

**G. Firma del agente de seguros/agente general**

Firma de la persona que prepara el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NPN#: \_\_\_\_\_

Nombre del agente de seguros en letra de molde: \_\_\_\_\_

Corredor de seguros/agente de seguros general: \_\_\_\_\_ N.º ID de agente/proveedor \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES Y REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD**  
**Instrucciones**

- Deberá completar todas las secciones y firmar y fechar este formulario, al igual que las páginas adicionales que deba presentar con el formulario proporcionando la información adicional solicitada.
- ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE excepto cuando se solicite una firma.
- Si un hijo dependiente es discapacitado y usted quiere continuar con su cobertura después de la edad de 26 años, seleccione la casilla "Otro" en "Otro cambio" en la Sección A y adjunte el comprobante de discapacidad.
- Para los planes Horizon Healthy Smiles hay un período de espera de 6 meses para los servicios restaurativos básicos y un período de espera de 12 meses para recubrimientos y coronas, endodoncia, periodoncia y prostodoncia. Para renunciar a los períodos de espera, deberá proporcionar el nombre y el número de póliza de su cobertura dental acreditable activa el día que envía su solicitud. La cobertura dental acreditable es un plan dental que ofrece cobertura dental completa. No incluye un plan de pediatría dental que solo ofrece beneficios para niños menores de 19 años, un plan dental con descuento o un plan dental solo preventivo.
- Deberá enviarnos este formulario por correo, correo electrónico o fax:

Enviar por correo postal a: Horizon BCBSNJ  
 Attn: Consumer Enrollment Dept.  
 P.O. Box 1330  
 Newark, NJ 07101-1330

Enviar por correo electrónico a: individualapplication@HorizonBlue.com

Enviar por fax a: 973-274-4413

## Elegibilidad

- No existen restricciones de edad para inscribirse en los planes de pediatría dental, pediatría dental familiar o dental familiar. Sin embargo, cuando un solicitante de 19 años de edad o mayor se inscribe en un plan SAPD Horizon Young Grins, no se le cobrará una prima y no contará con beneficios de pediatría dental.
- Usted DEBE ser un residente de New Jersey, lo que significa que su residencia principal está en New Jersey.
- Puede comprar un plan SAPD Horizon Young Grins junto con un plan Horizon Healthy Smiles o Horizon Healthy Smiles Plus.
- Para los planes de visión Horizon hay un período de espera de 7 días luego de la fecha efectiva de la cobertura antes de que se abonen los reclamos de los servicios de visión.

## Fechas efectivas:

- Si usted se inscribe entre el día 1 y el día 14 del mes, la fecha de inicio es el día 15 del mes actual. Si usted se inscribe entre el día 15 y finales del mes, entonces la cobertura es efectiva el día 1 del siguiente mes.

## Condiciones para la inscripción - Aceptación del solicitante y acuerdos

En mi nombre y en nombre de los dependientes que se incluyen en este formulario de solicitud de inscripción/cambio no grupal, reconozco que:

- Acepto que Horizon BCBSNJ<sup>1</sup> proporcionará cobertura de acuerdo con los términos de los contratos que solicito.
- Yo entiendo que mi inscripción y la inscripción de mis dependientes incluidos está condicionada por la aceptación de Horizon BCBSNJ.
- Estoy de acuerdo con que las disposiciones de cobertura y beneficios son supeditadas tras el pago de las primas y se pueden cancelar de acuerdo con los términos de los contratos si las primas no se pagan puntualmente.

## Declaraciones falsas

Cualquier persona que incluya una declaración falsa o información engañosa en este formulario está sujeta a sanciones penales y civiles

<sup>1</sup>Horizon BCBSNJ se refiere a Horizon Healthcare Services, Inc., que opera como Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o cualquiera de sus filiales de propiedad exclusiva incluidas Horizon Insurance Company, Horizon Healthcare Dental, Inc., y Horizon Healthcare of New Jersey que opera como Horizon NJ Health.