

Devuelva este formulario a EDS

Solicitud de inscripción y acuerdo 700N

Empresa Employers Dental Services

- Inscripción nueva
Método de pago: mensual
Método de pago: anual



Información de inscripción

Form fields for personal information: (1) Apellidos, (2) Primer nombre e inicial del segundo nombre, (6) Teléfono de día, (3) Dirección postal, (7) Teléfono celular o del trabajo, (4) Ciudad, estado, Código Postal, (8) Número de Seguro Social, (5) Centro dental seleccionado, (9) Fecha de nacimiento, (10) ¿Desea cobertura para sus coasegurados aptos?, (11) Número total de coasegurados, (12) Enumere todos los coasegurados aptos que desea inscribir

Table with 4 columns: Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa). Includes checkboxes for 'Pareja de hecho' and 'Cónyuge'.

(13) Información del agente/corredor

Form fields for agent information: Nombre del CORREDOR (Magnuson & Associates, LTD), Representante de EDS, N° de corredor (54), N° de EDS

Requisitos:

Los coasegurados aptos incluyen al cónyuge legal, pareja de hecho e hijos hasta los 26 años de edad. Se requiere que las parejas de hecho firmen un formulario de declaración jurada para parejas de hecho (Affidavit of Domestic Partners, en inglés); (llame a EDS para solicitarlo). Los asegurados pueden agregar coasegurados a mediados del año si contraen matrimonio. El coasegurado recién nacido o los hijos adoptados reúnen los requisitos inmediatamente al nacer o cuando sean entregados en adopción. Se deben agregar todos los nuevos coasegurados dentro de los 31 días siguientes a la fecha del cambio. Se deben eliminar los hijos coasegurados cuando ya no reúnan los requisitos. Puede disponer de los beneficios ÚNICAMENTE en centros dentales contratados por EDS.

Por la presente, acepto los términos del plan individual prepagado de EDS como se indica en la Guía de inscripción y cobertura dental para miembros de EDS. Acepto permanecer en este plan durante un mínimo de un (1) año. La cobertura a través de EDS es continua y el suscriptor (usted) debe notificar a EDA por escrito que desea cancelar la cobertura. El reembolso de la prima no está disponible. Certifico que la información mencionada anteriormente es correcta.

Firma X _____ Fecha _____
(Miembro o padre/tutor)

Dirección postal: EDS, 3430 E.Sunrise Dr. #160, Tucson, AZ 85718 EDSCS@principal.com 800-722-9772

¿Cómo se enteró de nosotros?
Familiar o amigo
Dentista
Empleador
Miembro anterior de EDS
Otros

Para uso interno solamente. Fecha de entrada en vigor

Devuelva este formulario a EDS

Autorización de giro bancario

Employers Dental Services

Dirección postal:
3430 E. Sunrise Dr. #160
Tucson, AZ 85718

Por favor, escriba con letra legible

Autorización de giro bancario:

No se pueden hacer pagos mensuales con tarjeta de crédito.

Por favor, complete esta sección para comenzar la deducción mensual de su cuenta bancaria.

Nombre del banco _____ Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

Número de ruta (número de tránsito bancario o ABA) _____

Número de cuenta _____

Débitos ACH: Employers Dental Services Número de identificación: 1860328922

Yo (nosotros) por la presente autorizo a Employers Dental Services, en adelante denominada COMPAÑÍA, a iniciar débitos de mi (nuestra) cuenta bancaria y el depositario indicados anteriormente, en adelante denominado DEPOSITARIO, para deducir este importe de dicha cuenta.

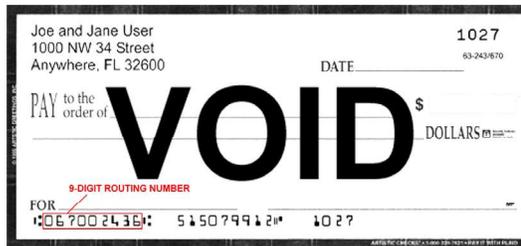
Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que la COMPAÑÍA y el DEPOSITARIO hayan recibido una notificación por escrito de mi parte (o de cualquiera de nosotros) de su terminación a fin de proveer a la COMPAÑÍA y al DEPOSITARIO una oportunidad razonable para actuar en consecuencia. Yo (o cualquiera de nosotros) tengo el derecho de suspender el pago de un débito de mi cuenta bancaria mediante notificación al DEPOSITARIO, a fin de proveerle una oportunidad razonable para actuar antes de que se deduzca dicho importe de la cuenta. Una vez realizado el débito a mi cuenta bancaria, tengo el derecho a que cualquier cantidad debitada por error se acredite inmediatamente a mi cuenta de depósito, siempre y cuando yo (o nosotros) envíe una notificación por escrito al DEPOSITARIO del débito realizado por error en un plazo de 15 días después de la emisión del estado de cuenta o 45 días posteriores a su registro por parte del banco, lo que ocurra primero. **Todas las deducciones se harán de su cuenta de ahorros o cuenta de cheques entre el 15 y el 20 de cada mes.** Se aplicará un cargo por devolución de artículo si una deducción automática fuera devuelta sin pagar; el importe del cargo se fijará según la tasa en vigor al momento en que se devolvió el artículo a EDS.

Firma _____ Fecha _____

Nombre con letra de imprenta _____ Teléfono _____

Por favor, escriba "VOID" en un cheque en blanco y adjúntelo aquí.

Ejemplo



Para obtener ayuda, llame a nuestro Servicio de atención al cliente al 800-722-9772



Devuelva este formulario con el pago a EDS

Formulario de método de pago 700N

Employers Dental Services

Pago anual

700N	Costo por 1 año
Adulto solamente	\$209.28
Adulto + 1 dependiente	\$344.16
Adulto + 2 dependientes	\$447.72
Adulto + 3 o más dependientes	\$555.24
Niño solamente (hasta los 18 años de edad)	\$140.88
El pago TIENE que estar adjunto	\$

Pague la prima anual con tarjeta de crédito, cheque o giro postal pagadero a EDS.

Cargue a mi tarjeta de crédito: M/C Visa Am Ex Discover

Número de cuenta _____

Vencimiento ____ / ____ Código de firma _____

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha: _____

Escriba en letra de imprenta el nombre y dirección del titular de la tarjeta de crédito:

Nombre _____ Número de teléfono de día _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Envíe el pago

por correo a **EDS, 3430 E. Sunrise Dr. #160, Tucson, AZ 85718**

Para cualquier pregunta por favor llame a Servicio al Cliente de EDS al 800-722-9772.



Devuelva este formulario con el pago a EDS

Formulario de método de pago 700N

Employers Dental Services

Pago mensual – Giro bancario

700N	Costo por el 1 ^{er} mes*	Costo después del 1 ^{er} mes
Adulto solamente	\$28.36	\$18.36
Adulto + 1 dependiente	\$40.19	\$30.19
Adulto + 2 dependientes	\$49.27	\$39.27
Adulto + 3 o más dependientes	\$58.71	\$48.71
Niño solamente (hasta los 18 años de edad)	\$22.14	\$12.14
El pago del 1^{er} mes TIENE que estar adjunto	\$	

* Las tasas del 1^{er} mes incluyen un cargo administrativo único de \$10.

Pague la prima del 1^{er} mes con tarjeta de crédito, cheque o giro postal pagadero a EDS.

Los pagos mensuales con tarjeta de crédito no están disponibles.

Cargue a mi tarjeta de crédito: M/C Visa Am Ex Discover

Número de cuenta _____

Vencimiento ____ / ____ Código de firma _____

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha: _____

Escriba en letra de imprenta el nombre y dirección del titular de la tarjeta de crédito:

Nombre _____ Número de teléfono de día _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Envíe el pago

por correo a **EDS, 3430 E. Sunrise Dr. #160, Tucson, AZ 85718**

Para cualquier pregunta por favor llame a Servicio al Cliente de EDS al 800-722-9772.