

**LIDERANDO EL CAMINO EN BENEFICIOS DENTALES**

**Información General:**

Nombre de Grupo: \_\_\_\_\_ Empleados Totales: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Empleados Elegibles para Beneficios: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Identificación Fiscal del Grupo #: \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_


**Contactos:** (por favor incluir títulos)

Administración: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Inscripción: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Superior Direct Connect: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Para registrarse en Superior Direct Connect, nuestro sistema de administración de cuenta en línea, por favor dirígete a nuestro sitio web en [www.superiordental.com](http://www.superiordental.com)  
 Facturación: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Para Deducción Automática de Cargos / Primas, por favor complete el formulario al dorso y adjunta un cheque invalidado.

**Información de Elegibilidad:** Los dependientes están cubiertos hasta la edad máxima de: \_\_\_\_\_ (SDC permite dependientes hasta los 25 años de edad, hasta finalizar el mes de nacimiento).

**Nivel de Contribución:** Empleador Paga: \_\_\_\_\_ Empleado Paga: \_\_\_\_\_

<u>Detalle del plan</u>	<u>Diseño de Plan:</u>	<u>En Red</u>	<u>Fuera de Red</u>	<u>Cargos Administrativos (si es Autofinanciado):</u>
Fecha de Vigencia: _____	Preventivo _____ %	_____ %	_____ %	<b>Solo Servicios</b>
Fecha de Renovación: _____	Básico _____ %	_____ %	_____ %	<b>Administrativos (ASO)</b>
<b>Tipo de plan de grupo de SDC:</b>	Mayor _____ %	_____ %	_____ %	Cuota Administrativa: \$ _____
<input type="checkbox"/> The Preferred Plan	Máximo Contrato \$ _____	\$ _____	\$ _____	0
<input type="checkbox"/> Solo Servicios Administrativos (ASO)	Deducible \$ _____	\$ _____	\$ _____	<b>Directo</b>
<input type="checkbox"/> The Direct Plan con o sin nuestra red	Copago \$ _____	\$ _____	\$ _____	Cuota Administrativa: \$ _____
<input type="checkbox"/> Opción de Plan Básico y Mejorado	Ortodoncia _____ %	_____ %	_____ %	<b>Programa de Rembolso:</b>
<b>Plan para Niños de SDC:</b>	Máx. Ortodoncia \$ _____	\$ _____	\$ _____	Nivel 1 _____
<input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Superior 				Nivel 2 _____
<b>Red:</b>				Nivel 3 _____
<input type="checkbox"/> Solamente Red				Nivel 4 _____
<input type="checkbox"/> Acceso Abierto (Dentro y Fuera de la Red)				Máx. Ortodoncia \$ _____
<input type="checkbox"/> Punto de Servicio				Contrato Máx. \$ _____
<b>Opción de Financiación:</b>				¿Con la Red de SDC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Completamente Financiado				
<input type="checkbox"/> Autofinanciado				
	<b>Tarifas:</b>	<input type="checkbox"/> 2 Categorías	<input type="checkbox"/> 3 Categorías	<input type="checkbox"/> 4 Categorías
	Empleado \$ _____	Empleado \$ _____	Empleado \$ _____	Empleado \$ _____
	Familia \$ _____	E+Cónyuge/Hijo \$ _____	E+Cónyuge \$ _____	E+Cónyuge \$ _____
		E+Hijo(s)/Familia \$ _____	E+Hijo(s) \$ _____	E+Hijo(s) \$ _____
			Familia \$ _____	Familia \$ _____

**Opciones de aumento de Categoría:** Por favor notifica a tu representante de ventas si quieres seleccionar alguna de las opciones de aumento de categoría (Superior Vision o COBRA por Ceridian)

**Asociación Aprobada/Nombre del Plan de Cámara (si aplica):** \_\_\_\_\_

SDC ofrece planes para seleccionar cámaras y asociaciones. Para obtener una lista completa, por favor contacta a SDC. Nota: Toda la información de la asociación/cámara será verificada por una cámara designada antes de que se instale el grupo.

**Información del Agente:**

Nombre del Agente de Ventas: \_\_\_\_\_ \*\*Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico del Agente de Ventas: \_\_\_\_\_ Identificación Fiscal: \_\_\_\_\_ # Nacional de Productor: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Agente de Servicio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico del Agente de Servicio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\*\*La comisión será pagada a la empresa.

Si esta es tu primera venta con SDC, por favor completa y devuelve el Formulario de Información de Cita de Productor. Por favor pídele detalles a tu representante de ventas. Noviembre de 2013