

LIDERANDO EL CAMINO EN BENEFICIOS DENTALES

Información General:

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

Contactos: (por favor incluir títulos)

Administración: _____ Título: _____ Correo Electrónico: _____
 Inscrición: _____ 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

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 26 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	_____ %	_____ %	Solo Servicios
Fecha de Renovación: _____	Básico	_____ %	_____ %	Administrativos (ASO)
Tipo de plan de grupo de SDC:	Mayor	_____ %	_____ %	Cuota Administrativa: \$ _____
<input type="checkbox"/> Solo Servicios Administrativos (ASO)	Máximo Contrato	\$ _____	\$ _____	0
<input type="checkbox"/> The Direct Plan con o sin nuestra red	Deducible	\$ _____	\$ _____	Directo
<input type="checkbox"/> Opción de Plan Básico y Mejorado	Copago	\$ _____	\$ _____	Cuota Administrativa: \$ _____
Plan para Niños de SDC:	Ortodoncia	_____ %	_____ %	Programa de Rembolso:
<input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Superior	Máx. Ortodoncia	\$ _____	\$ _____	Nivel 1 _____
Red:				Nivel 2 _____
<input type="checkbox"/> Solamente Red				Nivel 3 _____
<input type="checkbox"/> Acceso Abierto (Dentro y Fuera de la Red)				Nivel 4 _____
<input type="checkbox"/> Punto de Servicio				Máx. Ortodoncia \$ _____
Opción de Financiación:	Tarifas:	<input type="checkbox"/> 2 Categorías	<input type="checkbox"/> 3 Categorías	<input type="checkbox"/> 4 Categorías
<input type="checkbox"/> Completamente Financiado	Empleado \$ _____	Empleado \$ _____	Empleado \$ _____	Contrato Máx. \$ _____
<input type="checkbox"/> Autofinanciado	Familia \$ _____	E+Cónyuge/Hijo \$ _____	E+Cónyuge \$ _____	¿Con la Red de SDC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		E+Hijo(s)/Familia \$ _____	E+Hijo(s) \$ _____	
			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 selección 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 pide detalles a tu representante de ventas. Septiembre de 2014

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA PAGOS DIRECTOS

Nombre de la Empresa: _____ Número de Grupo: _____

Por la presente se autoriza a **SUPERIOR DENTAL CARE** a iniciar débitos de nuestra cuenta indicada debajo a la institución financiera nombrada debajo.

Nombre en la Cuenta: _____

Número de Cuenta: _____

Tipo de Cuenta (encierre una opción en un círculo): CUENTA CORRIENTE CUENTA DE AHORROS

Nombre de la Institución Financiera: _____

Dirección: _____

Número de Ruteo y Tránsito: _____

Por favor adjunta una copia de un cheque invalidado para asegurar el correcto procesamiento.

Esta autorización permanecerá en plena vigencia y efecto hasta que **SUPERIOR DENTAL CARE** haya recibido una notificación por escrito por parte de la **EMPRESA** con el fin de terminar este servicio en dicho tiempo (30 días antes de la fecha de terminación) y para permitir que **SUPERIOR DENTAL CARE** y el **BANCO** actúen en consecuencia.

NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

Por favor enviar a: **Superior Dental Care**
A/A: Departamento de Finanzas
6683 Centerville Business Parkway
Centerville, OH 45459