



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey



SERVICIOS DENTALES Y SERVICIOS PARA LA VISTA SOLICITUD DE CAMBIO/INSCRIPCIÓN NO GRUPAL

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

Enviar por correo electrónico a:
Enviar por fax a:
HorizonBlue.com

individualapplication@HorizonBlue.com
973-274-4413

A. Tipo de actividad, debe completarlo el solicitante *Consulte las instrucciones antes de llenar este formulario. (Marque todas las opciones que apliquen)*

1. AGREGAR	Fecha del suceso	Razón	Fecha del suceso	Razón
<input type="checkbox"/> Inscripción de un nuevo asegurado principal	___ / ___ / ___	_____	<input type="checkbox"/> Agregar pareja de hecho	___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge	___ / ___ / ___	_____	<input type="checkbox"/> Agregar hijo dependiente	___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Agregar pareja en unión libre	___ / ___ / ___	_____		

2. RETIRAR	Fecha del suceso	Razón	Fecha del suceso	Razón
<input type="checkbox"/> Retirar cónyuge	___ / ___ / ___	_____	<input type="checkbox"/> Retirar a la pareja en unión libre	___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Retirar a la pareja de hecho	___ / ___ / ___	_____	<input type="checkbox"/> Retirar a hijo dependiente	___ / ___ / ___

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

B. Opciones del plan *Seleccione los planes deseados y las unidades de cobertura.*

Plan dental pediátrico y dental pediátrico familiar <i>(Marque una opción)</i> Certificado por el Mercado en línea	<input type="checkbox"/> Horizon Young Grins Stand Alone Pediatric Dental (SAPD) (solo proporciona beneficios a dependientes menores de 19 años) <input type="checkbox"/> Horizon Family Grins <input type="checkbox"/> Horizon Family Grins Plus	
	UNIDAD (marque una): <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Dos adultos <input type="checkbox"/> Adulto e hijo(s)	
Dental familiar <i>(Marque una opción)</i>	Estos planes se pueden comprar junto con el plan Horizon Young Grins SAPD. <input type="checkbox"/> Horizon Healthy Smiles 100/80/50/50 <input type="checkbox"/> Horizon Healthy Smiles 80/50/50/50 <input type="checkbox"/> Horizon Healthy Smiles Plus 100/80/50/50 <input type="checkbox"/> Horizon Healthy Smiles Plus 80/50/50/50 ¿Tiene actualmente cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione lo siguiente: Nombre de la aseguradora de servicios dentales: _____ Número de la póliza dental: _____ ¿Es la cobertura dental un plan dental pediátrico, un plan de descuento dental o un plan solo de prevención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	UNIDAD (marque una): <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Dos adultos <input type="checkbox"/> Adulto e hijo(s)	
	Servicios para la vista <i>(Marque una opción)</i>	Estos planes están disponibles para personas mayores de 19 años de edad. <input type="checkbox"/> Horizon Panorama Plan V <input type="checkbox"/> Horizon Vista V
		UNIDAD (marque una): <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Dos adultos <input type="checkbox"/> Adulto e hijo(s)

3. HIJO Agregar Retirar Otro

Apellido (si el apellido es diferente al del solicitante, adjunte un comprobante): _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre:

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F ¿Vive con el solicitante? Sí No

MM DD AAAA

Si no es así, proporcione la dirección de la casa y explique por qué la dirección es diferente: _____

Dirección de la casa: Calle _____ Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal + 4: _____

_____ - _____

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

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

Proporcione información del banco para un giro bancario automático: Número de ruta # _____ Cuenta # _____

Tipo de tarjeta crédito o débito: Visa MasterCard

N.º de la tarjeta de crédito o débito: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

F. Firma del solicitante o Firma del tutor legal si el solicitante es menor de 18 años de edad

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 corredor de seguros/agente de seguros general

Firma del preparador: _____ Fecha: ____/____/____ NPN#: : _____

Nombre del agente de seguros en letra de molde: _____

Corredor de seguros/agente de seguros general: _____ N.º de identificación del proveedor/agente de seguros _____

INSTRUCCIONES Y REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Instrucciones

- Debe completar todas las secciones y firmar y colocar la fecha en este formulario, así como cualquier otra hoja que tenga que enviar con este para proporcionar la información adicional solicitada.
- ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE excepto cuando se solicite una firma.
- Si un hijo dependiente está discapacitado y usted quiere continuar con su cobertura más allá de los 26 años de edad, seleccione la casilla "Otro", en "Otro cambio" en la Sección A y adjunte prueba de la discapacidad.
- Para los planes Horizon Healthy Smiles hay un período de espera de 6 meses para los servicios de restauración básicos y un período de espera de 12 meses para las sobreincrustaciones y coronas, endodoncia, periodoncia y prostodoncia. Para exonerar los períodos de espera, **debe proporcionar** el nombre y el número de póliza de su cobertura dental acreditable que está activa el día que envíe su solicitud. La cobertura dental acreditable es un plan dental que proporciona cobertura dental completa. No incluye un plan dental pediátrico que solo proporciona beneficios para niños menores de 19 años de edad, un plan de descuento dental o un plan dental solo de prevención.
- Debe enviarnos este formulario por correo postal, 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 hay restricciones de edad para inscribirse en el plan dental pediátrico, en el plan dental pediátrico familiar o en los planes dentales familiares. Sin embargo, cuando un solicitante mayor de 19 años de edad se inscribe en un plan Horizon Young Grins SAPD, a él o ella no se les cobrará una prima del plan de salud y no tendrán beneficios dentales pediátricos.
- Usted DEBE ser residente de New Jersey, lo que significa que su residencia principal está en New Jersey.
- Puede comprar un plan Horizon Young Grins SAPD junto con un plan Horizon Healthy Smiles o Horizon Healthy Smiles Plus.
- Tiene que tener 19 años de edad o más para obtener un plan de servicios para la vista.
- Para los planes de servicio para la vista de Horizon hay un período de espera de 7 días después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, antes de que se paguen las reclamaciones de servicios para la vista.

Fechas de entrada en vigor:

- Si se inscribe del 1.º al 14 del mes, la fecha de entrada en vigor es el 15 del mes actual.. Si se inscribe del 15 al final del mes, entonces la cobertura entrará en vigor el 1.º 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 cambio/inscripción no grupal, reconozco que:

- Acepto que Horizon BCBSNJ¹ proporcionará la cobertura de acuerdo con los términos del contrato que para el cual presenté la solicitud.
- Entiendo que mi inscripción y la inscripción de mis dependientes mencionados está condicionada a la aceptación de parte de Horizon BCBSNJ.
- Acepto que la estipulación de la cobertura y los beneficios dependen del pago de las primas del plan de salud y pueden ser cancelados de acuerdo con los términos del contrato si las primas del plan de salud no se pagan a tiempo.

Declaraciones falsas

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

¹ Horizon BCBSNJ se refiere a Horizon Healthcare Services, Inc., cuyo nombre comercial es Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o cualquiera de sus subsidiarias de propiedad exclusiva, incluso Horizon Insurance Company, Horizon Healthcare Dental, Inc. y Horizon Healthcare of New Jersey cuyo nombre comercial es Horizon NJ Health.