

**Aplicación para un plan de Descuentos**

**Formulario de Inscripción  
A Harbor Dental**

Complete esta forma y envíela a:

**Harbor Dental Plan** Fax 713-668-4530  
**PO Box 1550** 1-800-284-0822  
**Bellaire, TX 77402-1550**

**Harbor Dental Plan no es un seguro tradicional. Este programa de descuentos contiene un periodo de cancelación de 30 días.** El plan ofrece descuentos de ciertos proveedores de servicios dentales. **Harbor Dental Plan** no hace pagos a los proveedores. El miembro del plan esta obligado ha pagar por servicios rendidos pero recibirá un descuento de esos proveedores que han contratado con **Harbor Dental Plan, L.P.** Discount Medical Plan Organization: Newbn, Inc. 14240 Proton Rd. Dallas, TX 75244.

**Miembro Principal:**

Nombre		Apellido		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Nombre del Empleador	Teléfono	
Teléfono (Día)	Teléfono (tardes)	Dirección del Empleador		
Como se entero de plan dental Harbor?		Nombre del Cónyuge	Fecha de Nacimiento	
Tipo de Plan <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Dental, Visión, Farmacia & Quiropráctico		Tipo de Membresía <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Miembro mas un dependiente <input type="checkbox"/> Miembro mas dos o mas dependientes		

**Número de Dependientes adicionales (incluye su Cónyuge):**

1)	Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento	Relación
2)	Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento	Relación
3)	Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento	Relación
4)	Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento	Relación
5)	Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento	Relación

<b>Opciones de Membresía:</b>		
	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Individual	\$3.95	\$47.40
<input type="checkbox"/> Miembro mas un dependiente	\$5.95	\$71.40
<input type="checkbox"/> Miembro mas dos o mas dependientes	\$7.95	\$95.40
<input type="checkbox"/> Beneficios adicionales de Visión, Prescripciones y Quiropráctico	\$3.95	\$47.40
<input type="checkbox"/> Cuota de procesa anual para planes mensuales	\$9.00	\$0.00
<b>TOTAL:</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

<b>Forma de Pago:</b>	
<input type="checkbox"/> Cheque/Giro Postal/Efectivo <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	
Numero de Tarjeta de Crédito	Fecha de Expiración
Nombre del Titular de la Tarjeta	

Firma del Miembro Principal

Date

Firma del Titular de la Tarjeta

Date

Al firmar, entiendo que la membresía es solamente anual, y estoy de acuerdo que Harbor Dental Plan deduzca automáticamente de mi cuenta el pago anual o mensual, según corresponda, hasta que la membresía sea cancelada. Cheques personales y Giros postales también serán aceptados al hacer pagos anuales, pero no para pagos mensuales.