

# APLICACION

(Seleccione la opcion del plan y membrecia)

Plan 1 (Dental/ Optico)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Hombre      Mujer

Direccion de Residencia \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre y Direccion de Empleo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono de Residencia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tele. Del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## **DEPENDENTES**

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## **SOLICITUD DE INSCRIPCION DE AMERICAN DENTAL CARE, INC.**

Yo autorizo a American Dental Care, Inc. que automaticamente retire \$ \_\_\_\_\_ al mes de mi cuenta de cheques o de mi tarjeta de credito.

**Banco**

Imprima su Nombre \_\_\_\_\_ Firme \_\_\_\_\_

Banco que Depositaria \_\_\_\_\_

Dieccion de Banco \_\_\_\_\_

La Ciudad, Estado, y Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta \_\_\_\_\_ Numero de Routing \_\_\_\_\_

**TARJETA DE CREDITO**

# de Visa \_\_\_\_\_ # de MasterCard \_\_\_\_\_

#de Amex \_\_\_\_\_ # de Discover \_\_\_\_\_

Expira \_\_\_\_\_ **Semi-Anual \$** \_\_\_\_\_ **O, Anual \$** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ **Firma del Solicitante**  
\_\_\_\_\_

## **Referencia**

Television \_\_\_\_ Periodico \_\_\_\_ Paginas Amarillas \_\_\_\_ Agente \_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

Deseo formar parte del plan de American Dental Care. Este es un acuerdo anual y en el cual se establece que todos los servicios dentales necesarios serán proveídos en el horario de gastos de los miembros. Este plan se renovará automáticamente cada año a menos que los miembros sean notificados por alguna razón. Si es que está pagando por 6 meses, al llenar esta aplicación usted autoriza a American Dental Care a debitar automáticamente de la cuenta que se usó para pagar los primeros 6 meses para los próximos 6 meses para el año de acuerdo para el cual usted firmó. Acepto haber recibido una copia del horario de gastos de los miembros. Si el miembro cancela la membresía con American Dental Care dentro de los 30 días de la fecha de hacer efectiva el plan de membresía, el miembro recibe un reembolso de todos los cargos periódicos después de devolver su tarjeta de descuento a American Dental Care. Cancelaciones por teléfono no serán aceptadas. La cancelación debe presentarse por escrito a: American Dental Care, 11221 Katy Freeway, Suite 100, Houston, Texas 77079. O mandar un fax al: 713-784-6928.

Referido por: TV \_\_\_\_ Periódico \_\_\_\_ Agente \_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_ Páginas Amarillas \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_