

FORMULARZ ZAPISU/ZMIANY STATUSU/ZRZECZENIA SIĘ

*Prosimy mieć na uwadze, że wypełnienie tego formularza nie gwarantuje objęcia ubezpieczeniem.
PROSIMY ZACHOWAĆ KOPIĘ DO WŁASNEJ WIADOMOŚCI.*

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU DELTA/TRUASSURE

Data wejścia w życie _____ Lok. placówki _____ Kod stawki dent. _____ ASC _____
Kod stawki okulist. _____ COB _____

MUSI BYĆ WYPEŁNIONE PRZEZ GRUPĘ

Nazwa Grupy _____
Numer Grupy _____ Sublok. nr _____
Data zatrudnienia _____ LUB data ponownego zatrudnienia _____ Zawód wykonywany pracownika _____
Kontakt w grupie: _____ Tel _____ Email _____
Godziny przepracowane/tydzień _____ na godzinę pensja związek zawod.
Data skuteczna wniosku _____

POWÓD ZŁOŻENIA FORMULARZA

Nowy pracownik Ponownie zatrudniony Pierwszy zapis Otwarte zapisy Zmiana w zapisie
 Zakończenie Zmiana adresu COBRA, Data zakończ.: _____
 Zmiana imienia/nazwiska, imię i nazw. poprzednie: _____
 Zmiana statusu kwalifikującego Proszę opisać: _____ Data: _____

INFORMACJE NA TEMAT OSOBY ZAPISYWANEJ

Numer Social Security: _____ Data urodzenia: _____
Imię i nazwisko: _____ M K
Imię Nazwisko Inicjał drugiego imienia
Adres: _____ Ulica Miasto Stan Kod pocztowy
Stan cywilny: Kawaler/panna Żonaty/zamężna Inne: _____ Numer telefonu: _____

PROSZĘ WYMIENIĆ ZALEŻNYCH CZŁONKÓW RODZINY KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ DO UBEZPIECZENIA

DODAJ	NA OKRES	IMIĘ	NAZWISKO (jeżeli inne)	DATA URODZENIA (MS/DZ/RO)	PLEĆ M lub K	NUMER SOCIAL SECURITY
		2. Współmałżonek/ka:				
		3. Dziecko:				
		4.				
		5.				
		6.				

Proszę zaznaczyć poniżej typ ubezpieczenia, o jakie się Pan/i ubiega. Dostępność planu zależy od wybranego planu ubezpieczenia dla danej grupy.

TYP:	UBIEGAM SIĘ O POLISĘ DLA:	ZRZEKAM SIĘ/REZYGNUJĘ W ODNIESIENIU DO:
<p><u>UBEZPIECZENIE DENTYSTYCZNE</u></p> <p>Świadczone przez Delta Dental of Illinois</p> <p>Czy ubiegasz się o DeltaCare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Czy zmieniasz dentystę DeltaCare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p><input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Współmałżonek <input type="checkbox"/> Dzieci</p> <p>Czy współmałżonek ma plan dentystyczny? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Czy osoby pozostające na utrzymaniu są objęte planem współmałżonka? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Firma ubezpieczeniowa: _____</p> <p>Jeżeli DeltaCare: Imię i nazwisko dentysty: _____</p> <p>Kod placówki _____ Adres: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Pracownika</p> <p><input type="checkbox"/> Powyższych osób pozostających na utrzymaniu</p>
<p><u>UBEZPIECZENIE OKULISTYCZNE</u></p> <p>Zapewniane przez TruAssure</p>	<p><input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Współmałżonek/ka <input type="checkbox"/> Dzieci</p>	<p><input type="checkbox"/> Pracownika</p> <p><input type="checkbox"/> Powyższych osób pozostających na utrzymaniu</p>

Niniejszym wnoszę o wybrane powyżej ubezpieczenie w ramach grupowej polisy(polis) ubezpieczeniowych wydanych przez, lub które mogą być wydane przez towarzystwo ubezpieczeniowe TruAssure. Zgadzam się kontynuować moje członkostwo w wybranym/ych powyżej programie/ach i upoważniam mojego pracodawcę do potrącania wszelkich należnych kwot składki ubezpieczenia z mojej wypłaty.

Podpis wnioskodawcy _____ Data _____