

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/RENUNCIA CAMBIO DE ESTADO

*Por favor tome nota que el completar este formulario no garantiza la cobertura.*

**FAVOR DE MANTENER UNA COPIA PARA SUS DATOS.**

### PARA EL USO DE DELTA / TRUASSURE SOLAMENTE

Fecha Efectiva \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código de Tasa Dental \_\_\_\_\_ ASC \_\_\_\_\_  
Código de Tasa de la Vista \_\_\_\_\_ COB \_\_\_\_\_

### DEBERÁ SER COMPLETADO POR EL GRUPO

Nombre del Grupo \_\_\_\_\_  
Número del Grupo \_\_\_\_\_ Sub-localidad # \_\_\_\_\_  
Fecha de Contrato de Empleo \_\_\_\_\_ o Fecha de Re-empleo \_\_\_\_\_ Ocupación del Empleado \_\_\_\_\_  
Contacto del Grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Horas Trabajadas por Semana: \_\_\_\_\_  A sueldo por hora  Salariado  Unión  
Fecha Efectiva de la Petición: \_\_\_\_\_

### RAZÓN POR LA CUAL SE SOMETE EL FORMULARIO

Empleado Nuevo  Re-empleo  Inscripción Inicial  Inscripción Abierta  Cambio a la Inscripción  
 Terminación  Cambio de Domicilio  COBRA, Fecha de terminación: \_\_\_\_\_  
 Cambio de Nombre, Nombre Anterior: \_\_\_\_\_  
 Cambio de Estado Calificativo Describir: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DATOS SOBRE EL PARTICIPANTE

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  M  F  
Nombre Apellido Inicia  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zona Postal  
Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Otro \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### FAVOR DE INDICAR LOS DEPENDIENTES A SER CUBIERTOS

AÑADIR	TERMINAR	NOMBRE	APELLIDO (si es diferente)	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	GÉNERO M o F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
		2. Esposo(a):				
		3. Hijo(a):				
		4.				
		5.				
		6.				

Por favor indique las coberturas a continuación para las cuales está solicitando. La disponibilidad está basada en el plan de seguros seleccionado por su grupo.

TIPO:	SOLICITANDO PARA:	DECLINANDO PARA:
<p><b><u>COBERTURA DENTAL</u></b></p> <p><b>Proveido por Delta Dental de Illinois</b></p> <p>¿Está solicitando para DeltaCare?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Está cambiando su dentista de DeltaCare?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Esposo(a)    <input type="checkbox"/> Hijos</p> <p>¿Tiene su esposo(a) un plan dental?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No          ¿Están cubiertos los dependientes por el plan de su esposo(a)?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>Proveedor: _____</p> <p>Si Delta Care: Nombre del Dentista: _____</p> <p>Clave de la Instalación: _____ Domicilio: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Empleado</p> <p><input type="checkbox"/> Dependientes Indicados Arriba</p>
<p><b><u>COBERTURA PARA LA VISTA</u></b>  <b>Proveido por TruAssure</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Esposo(a)    <input type="checkbox"/> Hijos</p>	<p><input type="checkbox"/> Empleado</p> <p><input type="checkbox"/> Dependientes Indicados Arriba</p>

Estoy solicitando la(s) cobertura(s) que he seleccionado arriba, bajo la(s) póliza(s) colectiva(s) expedidas por, o que puedan ser expedidas por Delta Dental de Illinois o TruAssure Insurance Company. Estoy de acuerdo en continuar mi membresía en el(los) programa(s) seleccionado(s) arriba hasta el próximo período de inscripción abierta y autorizo a mi empleador para que deduzca de mi salario cualquier contribución requerida para pagar por la(s) cobertura(s).

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_