

FORMULARZ ZAPISU/ZMIANY STATUSU/ZRZECZENIA SIĘ

PROSIMY ZACHOWAĆ KOPIĘ DO WŁASNEJ DOKUMENTACJI

Uwaga- wypełnienie tego formularza nie gwarantuje objęcia ubezpieczeniem.



WSZYSTKIE GRUPY MUSZĄ WYPEŁNIĆ TĘ CZĘŚĆ

Uwaga! Niepełne formularze zostaną zwrócone.

Numer grupy Delta Dental _____ Numer sublok. _____ Na godzinę Nie członek związku
Data wejścia w życie _____ Data zatrudnienia _____ LUB Data ponownego zatrudnienia _____ Pensja stała Członek związku
Nazwa pracodawcy _____ Lokalizacja/Wydział _____ Inne _____
Kontakt w grupie _____ Telefon _____ E-mail _____

WSZYSTKIE OSOBY ZAPISUJĄCE SIĘ MUSZĄ WYPEŁNIĆ TĄ CZĘŚĆ

Proszę zaznaczyć jedną z poniższych opcji.

- Tak**, chcę zapisać się do planu dentystycznego oferowanego przez Delta Dental of Illinois. (Proszę wybrać sieć spośród poniższych).
 Delta Dental PPO/Delta Dental Premier
 DeltaCare DHMO (w przypadku wybrania DeltaCare DHMO, proszę wypełnić część poniżej dotyczącą wyboru placówki DeltaCare DHMO).
- Nie**, nie chcę zapisać się do planu dentystycznego oferowanego przez Delta Dental of Illinois. (w przypadku odmowy proszę wpisać poniżej swoje imię i nazwisko i podpisać u dołu formularza)

Numer Social Security _____ Imię i nazwisko pracownika _____ Imię _____ Inicjał drugiego imienia _____ Nazwisk _____
Adres pocztowy _____ ulica _____ miasto _____ stan _____ kod pocztowy _____
Numer telefonu _____ Stan cywilny Wolny/a Żonaty/zamężna Inne _____
Data urodzenia ____/____/____ Mężczyzna Kobieta

POWÓD ZŁOŻENIA TEGO FORMULARZA

- Przywrócenie polisy z powodu kwalifikującego zdarzenia? Tak Nie Tak, proszę opisać _____
- Otwarte zapisy COBRA Jeżeli COBRA, data zakończenia ____/____/____
 Nowy pracownik Przywrócenie polisy Zmiana Jeżeli z powodu zmiany, proszę podać powód: _____
 Zmiana adresu Zakończenie (Powód: _____) Data zakończenia ____/____/____
 Dodać ubezpieczenie na osobę pozostającą na utrzymaniu (wymienić takie osoby poniżej)* (Powód: _____)
Data zdarzenia ____/____/____
 Anulować ubezpieczenie na osobę pozostającą na utrzymaniu (wymienić takie osoby poniżej)* (Powód: _____)
Data zdarzenia ____/____/____
*W przypadku dodania lub usunięcia osoby pozostającej na utrzymaniu z powodu kwalifikującego się zdarzenia, opisać: _____
- Zmiana imienia/nazwiska (Imię/nazwisko poprzednie: _____)

WYBÓR PLACÓWKI DELTACARE DHMO

Jeżeli zapis do DeltaCare DHMO: Imię i nazwisko dentysty: _____
Adres: _____ Kod placówki: _____
 Zmiana dentysty (tylko DeltaCare DHMO): Imię i nazwisko dentysty: _____
Adres: _____ Kod placówki: _____

ŻĄDANE UBEZPIECZENIE

Tylko pracownik Pracownik i Współmałżonek Pracownik i dziecko Pracownik i dzieci Cała rodzina
Data wejścia w życie: ____/____/____ Czy współmałżonek posiada plan dentystyczny? Tak Nie
Czy osoby pozostające na utrzymaniu są objęte planem współmałżonka? Tak Nie
Pracodawca współmałżonka: _____ Ubezpieczyciel współmałżonka: _____

PROSZĘ WYMIENIĆ WSZYSTKIE KWALIFIKUJĄCE SIĘ OSOBY POZOSTAJĄCE NA UTRZYMANIU DO OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM

DODAJ	USUŃ	IMIĘ	NAZWISKO (jeżeli inne)	DATA URODZENIA (Mies./Dz./Rok)	PŁEĆ (M lub K)
		1. Współmałżonek:			
		2. Dziecko:			
		3.			
		4.			
		5.			

Zgadzam się kontynuować członkostwo w tym programie do czasu kolejnych otwartych zapisów i zgadzam się na stosowne potrącenia z wynagrodzeń.

Podpis wnioskodawcy: _____ Data: _____