

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE ESTADO/ RENUNCIA

**POR FAVOR MANTENGA UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS.**



Por favor note que el completar este formulario no constituye garantía de cobertura.

## TODOS LOS GRUPOS DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Nota: Los formularios incompletos serán devueltos.

Número de Grupo de Delta Dental \_\_\_\_\_ Número de sububicación \_\_\_\_\_  Sueldo por horas  
 Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_ O fecha de re-empleo \_\_\_\_\_  Sueldo fijo  
 Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Local /Departamento \_\_\_\_\_  Sindicato  No-sindicato  
 Contacto de Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

## TODOS LOS ALISTADOS DEBEN LLENAR LAS SIGUIENTES SECCIONES

**Por favor marque una de las siguientes opciones.**

- Sí**, deseo inscribirme en el plan dental ofrecido por Delta Dental de Illinois. (Por favor elija una de las redes enumeradas abajo.)  
 Delta Dental PPO/Delta Dental Premier  
 DeltaCare DHMO (Si elige a DeltaCare DHMO, por favor complete la sección de elección de instalación de DeltaCare DHMO a continuación.)  
 **No**, no deseo inscribirme al plan dental ofrecido por Delta Dental de Illinois. (Si usted renuncia inscribirse, por favor escriba su nombre abajo y firme al pie del formulario.)

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Empleado \_\_\_\_\_  
 Dirección postal \_\_\_\_\_ Primer nombre Inicial del medio Apellido  
 Número de teléfono \_\_\_\_\_ Calle Ciudad Estado Código Postal  
 Estado civil  Soltero/a  Casado/a  Otro  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Hombre  Mujer

## RAZÓN POR SOMETER ESTE FORMULARIO

¿Reinstalación debido a un evento calificativo?  Sí  No Si responde que "sí" por favor describa el evento \_\_\_\_\_  
 Inscripción abierta  COBRA Si COBRA, Fecha de terminación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Empleado nuevo  Reinstalación  Cambio Si es por un cambio, ¿cual es la razón? \_\_\_\_\_  
 Cambio de dirección  Terminación (Razón: \_\_\_\_\_) Fecha de terminación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Añadir cobertura de dependiente (Enumere sus dependientes a continuación)\* (Razón: \_\_\_\_\_)  
 Fecha de evento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Eliminar cobertura de dependiente (Enumere sus dependientes a continuación)\* (Razón: \_\_\_\_\_)  
 Fecha de evento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \*Si usted está añadiendo o eliminando un dependiente de su cobertura debido a un evento calificativo, por favor describa el evento:  
 \_\_\_\_\_  
 Cambio de nombre (Nombre previo: \_\_\_\_\_)

## ELECCIÓN DE INSTALACIÓN DE DELTACARE DHMO

Si se inscribe a DeltaCare DHMO: Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Código de Instalación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Cambio de Dentista (únicamente Delta Care DHMO): Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Código de instalación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

## COBERTURA DESEADA

Empleado únicamente  Empleado y cónyuge  Empleado y Un hijo  Empleado e hijos  Toda la familia  
 Fecha de vigencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Tiene su cónyuge un plan dental?  Sí  No  
 ¿Sus dependientes están cubiertos por el plan de su cónyuge?  Sí  No  
 Empleador de su cónyuge: \_\_\_\_\_ Compañía de cobertura de su cónyuge: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR ENUMERE TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA COBERTURA

| Añadir | Eliminar | Primer Nombre | Apellido (si es distinto) | Fecha de Nacimiento (mes/día/año) | Sexo (Hombre o Mujer) |
|--------|----------|---------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
|        |          | 1. Cónyuge:   |                           |                                   |                       |
|        |          | 2. Hijo:      |                           |                                   |                       |
|        |          | 3.            |                           |                                   |                       |
|        |          | 4.            |                           |                                   |                       |
|        |          | 5.            |                           |                                   |                       |

Acuerdo continuar mi membresía en este programa hasta el próximo periodo de inscripción abierto y autorizo la deducción de mi sueldo donde sea aplicable.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_