

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE ESTADO/RENUNCIA

FAVOR DE MANTENER UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS.

Por tome en cuenta que el completar este formulario no garantiza cobertura.



TODOS LOS GRUPOS DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION

Nota: Los formularios incompletos serán devueltos.

Número de Grupo de Delta Dental _____ Número de Sub-Localidad _____ Salariado A Sueldo por Hora
Fecha de Efectiva _____ Fecha de Empleo _____ O Fecha de Re-empleo _____ No-Unión Unión
Nombre de la Empresa _____ Instalación/Departamento _____ Otro _____
Contacto de Grupo _____
Teléfono del Contacto de Grupo _____ E-mail de Contacto del Grupo _____

EMPLEADO / DEPENDIENTE / AÑADIDURAS / TERMINACIONES / CAMBIOS

Favor de indicar una de las opciones a continuación:

- Si**, deseo inscribirme en el plan dental ofrecido por Delta Dental de Illinois. (Favor de seleccionar una de las redes a continuación.)
 Delta Dental PPO/Delta Dental Premier Si es aplicable: Opción Alta Opción Baja
 DeltaCare DHMO (favor de completar la sección a continuación)
Nombre del Dentista _____ Domicilio _____ Código de Instalación _____
 DeltaCare DHMO Cambio de Dentista (favor de completar la sección a continuación)
Nombre del Dentista _____ Domicilio _____ Código de Instalación _____

- No**, no deseo inscribirme en el plan dental ofrecido por Delta Dental de Illinois. (Si usted renuncia la inscripción, favor de escribir su nombre a continuación y firmar en la parte inferior de este formulario.)

Número de Seguro Social _____ Nombre del Empleado _____
Nombre Inicial Apellido
No. de Identificación Alternativo _____ No. de Horas Trabajadas _____ Título _____
Domicilio de Correo _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Domicilio Electrónico _____ Número Telefónico _____
Estado Civil: Soltero Casado Otro Fecha de nacimiento ____/____/____ Masculino Femenino

RAZÓN POR LA CUAL SOMETE ESTE FORMULARIO

- Inscripción Inicial o Abierta COBRA Fecha Final de COBRA ____/____/____ Retirado
 Reintegración debido a: Re-empleo Pérdida de otra Cobertura Otro _____
 Añadir Dependiente (lista a continuación) debido a:
 Nacimiento Adopción Casamiento Pérdida de otra Cobertura Tutela Legal Dependiente Discapacitado
 Dependiente Militar Otro _____ Fecha del Evento Calificante ____/____/____
 Cancelar Dependiente (lista a continuación) debido a:
 Edad Muerte Divorcio Otra cobertura en otro Lugar Fecha del Evento Calificante ____/____/____
 Terminación de Empleo Fecha ____/____/____ Cubierto/a Bajo Seguro del Esposo/a Fecha ____/____/____
 Cambio de Nombre (Apellido) (Nombre Anterior _____) Cambio de Domicilio

COBERTURA DESEADA

- Empleado Solamente Empleado/a y Esposo/a Empleado y Un Niño Empleado y Niños Familia Completa
¿Está cubierto/a el esposo/a bajo otro plan dental? Sí No Nombre de Otro Seguro _____
¿Están cubiertos los dependientes por el plan del esposo/a? Sí No Nombre del Seguro del Esposo/a _____
Empresa de Empleo del Esposo/a _____

FAVOR DE INDICAR LOS NOMBRES DE TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES

Añadir	Retirar	Nombre	Apellido (si es diferente)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo (M o F)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Esposo/a:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Hijo/a:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.			

Estoy de acuerdo en continuar mi suscripción en este programa hasta el próximo período de inscripción abierta y autorizo la deducción de nómina cuando sea aplicable.

Firma del Solicitante _____

Envíe a: Eligibility Department • P.O. Box 3384 • Lisle, IL 60532 • F (630) 369-0384 • E-mail eligibility@deltadentalil.com

DEL7014503 (6/10) DEN EE (6/10)