

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><u>COBERTURA DENTAL</u></p> <p>Proveido por Delta Dental de Illinois</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><u>COBERTURA PARA LA VISTA</u> Proveido por TruAssure</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 _____