



## PRZYCZYNA/Y ZŁOŻENIA TEGO FORMULARZA

Zapisy początkowe lub otwarte

COBRA

Data zak. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Emeryt

Wznowienie z powodu:

Ponowne zatrudnienie  Utrata innego ubezpiec.  Inne \_\_\_\_\_

Dodanie członka rodz z powodu następującego zdarzenia:

Urodzenie  Adopcja  Małżeństwo  Związek partnerski  Związek cywilny

Opieka prawna  Utrata innego ubezpieczenia  Dziecko niepełnosprawne na utrzymaniu

Członek rodziny w służbie wojskowej na utrzymaniu  Nakaz sądowy  Inne \_\_\_\_\_

Data zdarzenia kwalifikującego \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Usunięcie osoby na utrzymaniu z powodu następującego zdarzenia:

Wiek  Zgon  Rozwód  Inne ubezpieczenie w innym miejscu

Data zdarzenia kwalifikującego \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Zmiana imienia i nazwiska

Poprzednie imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Nowe imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Zmiana adresu \_\_\_\_\_

Zmiana dentysty w DeltaCare (proszę wypełnić część poniżej)

Imię i nazwisko dentysty \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_ Kod gabinetu \_\_\_\_\_

Zakończenie zatrudnienia

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## WYBÓR ZAPISÓW

**Proszę wybrać jedno dla ubezpieczenia dentystycznego:**

Tylko członek

Członek plus jedna osoba na utrzymaniu

Członek plus współmałżonek lub partner

Członek plus 2 lub więcej osoby na utrzymaniu

Członek plus jedno dziecko na utrzymaniu

Cała rodzina

Członek plus 2 lub więcej dzieci na utrzymaniu

Członek plus dziecko/dzieci

Czy współmałżonek posiada inny plan dentystyczny?  Tak  Nie

Jeżeli „Tak,” proszę podać nazwę ubezpieczyciela: \_\_\_\_\_

Proszę podać nazwę pracodawcy współmałżonka: \_\_\_\_\_

Czy Pan/Pani i/lub osoby pozostające na utrzymaniu mają inne ubezpieczenie dentystyczne?  Tak  Nie

Jeżeli „Tak,” proszę podać nazwę ubezpieczyciela: \_\_\_\_\_

**Proszę wybrać jedno dla DeltaVision:**

Tylko członek

Członek plus jedna osoba na utrzymaniu

Członek plus współmałżonek lub partner

Członek plus 2 lub więcej osoby na utrzymaniu

Członek plus jedno dziecko na utrzymaniu

Cała rodzina

Członek plus 2 lub więcej dzieci na utrzymaniu

Członek plus dziecko/dzieci

**CIĄG DALSZY NA NASTĘPNEJ STRONIE**

**OSOBY NA UTRZYMANIU**

**Proszę podać imiona i nazwiska wszystkich osób na utrzymaniu, które mają być objęte planem ubezpieczenia grupowego lub usunięte z planu ubezpieczenia.**

Dodać	Usunąć	Imię	Nazwisko (jeżeli inne, niż wnioskodawcy)	Data ur. MM/DD/RRRR	Pokrewieństwo z wnioskodawcą	Status osoby na utrzymaniu	Płeć
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Służba wojskowa <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Służba wojskowa <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Służba wojskowa <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Służba wojskowa <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta

**OSTRZEŻENIE:** Każdy, kto świadomie składa fałszywe lub oszukańcze roszczenia o wypłatę odszkodowania z tytułu strat lub wypłatę świadczeń, lub kto świadomie podaje fałszywe informacje na wniosku o ubezpieczenie, może być uznany winnym przestępstwa i może podlegać karze grzywny lub pozbawienia wolności lub dowolnego połączenia tych kar.

**DISCLAIMER:** The Polish version of this form is provided only as a courtesy to the customer. The English version of this form will be the presiding version in any case of a dispute or complaint.

**ZASTRZEŻENIE PRAWNE:** Polska wersja dokumentu jest zapewniona jedynie dla wygody klienta. W przypadku jakichkolwiek sporów lub skarg obowiązywać będzie wersja angielska.

Według mojej najlepszej wiedzy i przekonania, informacje podane na tym formularzu są prawidłowe. Rozumiem, że podanie fałszywych lub niedokładnych informacji może spowodować rozwiązanie ubezpieczenia lub niewypłacenie świadczeń. Rozumiem, że składki ubezpieczenia zgodnie z tą polisą grupową będą wypłacane na rzecz Delta Dental of Illinois przez moją Grupę. Jeżeli będę mieć obowiązek dopłacania do składek mojego ubezpieczenia, rozumiem, że moja Grupa dokona odpowiednich potrąceń.

**Podpis członka**

**Data**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*\*DeltaVision jest oferowane przez ProTec Insurance Company, spółkę zależną należącą w całości do Delta Dental of Illinois, w powiązaniu z siecią EyeMed Vision Care.*