



## Formulario de inscripción/cambio de estado de Delta Dental of Illinois para Póliza de grupo

**ATENCIÓN: Eligibility Department | P.O. Box 3384 | Lisle, Illinois 60532  
FAX: (630) 983-4631 | TELÉFONO: (866) 922-6004**

Complete toda la solicitud. Escriba en letra de imprenta con tinta negra o en computadora. Si la solicitud está incompleta, es posible que sea rechazada o que se retrase la fecha de entrada en vigencia.

### MIEMBRO

<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Inic. 2.º nomb.</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> __/__/__
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Pareja doméstica			<b>Número de Seguro Social o Número de ID alternativo</b>	
<b>Estado de miembro</b>	<input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> No sindicato <input type="checkbox"/> Miembro de asociación y/o Miembro de fideicomiso <input type="checkbox"/> Horas trabajadas _____ <input type="checkbox"/> Otro _____				
<b>Dirección postal</b>		<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono</b> (   )		<b>Correo electrónico</b>			
<b>Nombre del grupo</b>		<b>Número de grupo</b>		<b>Número de sub-ubicación</b> (si corresponde)	
<b>Fecha de entrada en vigor de cobertura solicitada</b> __/__/__			<b>Fecha de contratación/Re-contratación</b> __/__/__		

Doy mi consentimiento para recibir la Explicación de Beneficios (EOB) de Delta Dental of Illinois por correo electrónico.  Sí  No

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de la póliza y requeridas legalmente de Delta Dental of Illinois por correo electrónico.  Sí  No

### MIEMBRO/EMPLEADO/DEPENDIENTE/ADICIONES/TERMINACIONES/CAMBIOS

**Marque dos de las opciones siguientes.**

**Sí**, Deseo inscribirme en este plan de beneficios de grupo dental ofrecido por Delta Dental of Illinois. (si va a inscribirse en un plan de beneficios dentales, seleccione una red a continuación).

Delta Dental PPO/Delta Dental Premier Si corresponde:  High Option  Low Option

DeltaCare (complete la sección más abajo)

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Código del centro \_\_\_\_\_

**No**, no deseo inscribirme en este plan de beneficios de grupo dental ofrecido por Delta Dental of Illinois.

**Sí**, deseo inscribirme en esta cobertura de grupo DeltaVision®\*.

**No**, no deseo inscribirme en esta cobertura de grupo DeltaVision.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

## MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO

**Inscripción Inicial o Abierta**

**COBRA**

Fecha de finalización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Jubilado**

**Restablecimiento debido a los siguientes motivos:**

Re-contratación  Pérdida de otra cobertura  Otro \_\_\_\_\_

**Agregar dependiente debido a los siguientes motivos:**

Nacimiento  Adopción/Puesto en adopción  Matrimonio  Pareja doméstica

Unión civil  Tutoría legal  Pérdida de otra cobertura

Niño dependiente con discapacidad  Dependiente militar  Orden judicial  Otro \_\_\_\_\_

**Fecha de evento habilitante** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Cancelar dependiente debido a los siguientes motivos:**

Edad  Fallecimiento  Divorcio  Otra cobertura ajena

**Fecha de evento habilitante** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Cambio de nombre**

Nombre anterior \_\_\_\_\_ Nuevo nombre \_\_\_\_\_

**Cambio de dirección** \_\_\_\_\_

**Cambio de dentista de DeltaCare** (complete la sección siguiente)

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Código del centro \_\_\_\_\_

**Finalización de empleo**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

*Seleccione una opción para dental:*

**Miembro solamente**

**Miembro más un dependiente**

**Miembro más [espos(a) o Pareja doméstica]**

**Miembro más dos o más dependientes**

**Miembro más un niño dependiente**

**Toda la familia**

**Miembro más dos o más niños dependientes**

**Miembro más niño(s)**

¿Está su [espos(a)] cubierto(a) por otro plan dental?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí," indique el nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Indique el empleador de su espos(a): \_\_\_\_\_

¿Usted o sus dependientes están cubiertos por algún otro programa de beneficios dentales?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí," indique el nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

*Seleccione una opción para DeltaVision:*

**Miembro] solamente**

**Miembro más un dependiente**

**Miembro más espos(a) o Pareja doméstica**

**Miembro más dos o más dependientes**

**Miembro más un niño dependiente**

**Toda la familia**

**Miembro más dos o más niños dependientes**

**Miembro más niño(s)**

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

**DEPENDIENTES**

*Indique los nombres de todos los dependientes que recibirán cobertura o la finalizan bajo la Póliza del Grupo*

Agregar	Borrar	Nombre	Apellido (si es distinto al del solicitante)	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Relación con el solicitante	Estado del solicitante	Género
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**ADVERTENCIA:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio; o bien, que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y estará sujeta al pago de multas de resarcimiento económico, al cumplimiento de una condena en prisión o cualquier combinación de ambas.

DISCLAIMER: The Spanish 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.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La versión en español de este documento se proporciona únicamente como cortesía para el cliente. La versión en inglés de este documento constituirá la versión predominante en el caso de alguna disputa o reclamación.

Según mi leal saber y entender, la información que figura en esta solicitud es completa y exacta. Comprendo que proporcionar información falsa o inexacta puede tener como resultado la cancelación de la cobertura o la falta de pago de los beneficios. Comprendo que las primas por mi cobertura bajo la póliza del grupo será remitida a Delta Dental of Illinois por mi Grupo. Si debo contribuir a la prima por mi cobertura, comprendo que la disposición para la deducción de mi nómina la realizará mi Grupo.

<b>Firma del miembro</b>	<b>Fecha</b> __/__/____
--------------------------	----------------------------

*\*DeltaVision es provista por ProTec Insurance Company, una subsidiaria de propiedad exclusiva de Delta Dental of Illinois, en colaboración con redes de EyeMed Vision Care.*