

# Formulario de inscripción/cambio/renuncia - Dental/visión

TENGA EN CUENTA QUE EL HECHO DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA LA COBERTURA.

**SOLO PARA USO DEL EMPLEADOR**

NÚMERO DE GRUPO DE COBERTURA DENTAL \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE GRUPO DE COBERTURA DE VISIÓN \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA \_\_\_\_\_

**COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ESTÁ ACEPTANDO, CAMBIANDO O FINALIZANDO LA COBERTURA**

APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	N.º DE SEGURO SOCIAL O ID ASIGNADO POR EL EMPLEADOR	FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA, AÑO)	SEXO M   H
DOMICILIO - CALLE		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL EMPLEADOR	UBICACIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	FECHA DE CONTRATACIÓN (MES, DÍA, AÑO)	

**SELECCIÓN DEL PLAN (TENGA EN CUENTA: Puede inscribir dependientes solo en planes que los cuales se inscriba usted)**

SELECCIONE EL PLAN O LOS PLANES EN LOS QUE DESEA INSCRIBIRSE: **DENTAL** **VISIÓN**

INDIQUE A TODOS LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA ELEGIBLES QUE QUEDARÁN CUBIERTOS

DENTAL	VISIÓN	APELLIDO DEL CÓNYUGE (SI ES DIFERENTE AL SUYO)	NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO		FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA, AÑO)
					HIJO	HIJA	

**RAZÓN DE LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO**

**NUEVA INSCRIPCIÓN**      **RECONTRATACIÓN** (Fecha: \_\_\_\_\_)

SI ESTO ES PARA REALIZAR UN CAMBIO, ¿CUÁL ES LA RAZÓN?

Fecha del suceso

- Nacimiento/adopción (Nombre: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Matrimonio/ divorcio \_\_\_\_\_
- Agregar/ eliminar dependiente (Nombre: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Finalización de beneficios (Razón: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Pérdida de beneficios dentales \_\_\_\_\_
- Cambio de nombre (Nombre anterior: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Cambio de dirección ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
- Transferencia de grupo (De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Solicitud COBRA \_\_\_\_\_

**TIPO DE COBERTURA**

¿QUÉ TIPO DE COBERTURA **DENTAL** ESTÁ SOLICITANDO?

- Empleado solo                      Empleado y cónyuge
- Empleado e hijo(s)              Familia entera

¿QUÉ TIPO DE COBERTURA DE **VISIÓN** ESTÁ SOLICITANDO?

- Empleado solo                      Empleado y cónyuge
- Empleado e hijo(s)              Familia entera

**SU ESTADO CIVIL**

Soltero/a      Casado/a

Si no está aceptando la cobertura para su cónyuge o dependientes, ¿estos cuentan con cobertura por parte de otro plan de dental?      Sí      No

**ACEPTO LA COBERTURA:      DENTAL      VISIÓN**

X

Es necesaria la firma

Fecha

**COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLO SI ESTÁ RENUNCIANDO A LA COBERTURA**

APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE
N.º DE SEGURO SOCIAL O ID ASIGNADO POR EL EMPLEADOR	NOMBRE DEL EMPLEADOR	
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO

**SI ESTÁ RENUNCIANDO A LA COBERTURA DENTAL MARQUE UNA OPCIÓN:**

- Tengo cobertura dental a través de mi cónyuge
- Tengo otra cobertura dental
- No tengo otra cobertura dental

**SI ESTÁ RENUNCIANDO A LA COBERTURA DE VISIÓN MARQUE UNA OPCIÓN:**

- Tengo cobertura de visión a través de mi cónyuge
- Tengo otra cobertura de visión
- No tengo otra cobertura de visión

**RENUNCIO A LA COBERTURA:**

**DENTAL**

**VISIÓN**

X

Es necesaria la firma

Fecha

**Aceptación de cobertura**

Acepto el seguro proporcionado por el plan de seguro grupal de mi empleador. Autorizo que se realicen deducciones de mis ganancias para las contribuciones requeridas para cubrir el costo del seguro. (Esta autorización solamente corresponde si son necesarias aportaciones de los empleados). Entiendo que al aceptar el seguro, debo permanecer inscrito como empleado cubierto y no puedo realizar un cambio de elección en la cobertura seleccionada hasta el siguiente período abierto de inscripciones, si el Contrato maestro para proporcionar beneficios dentales/de visión establece que habrá tal período.

**Renuncia de cobertura**

Entiendo que si decido no solicitar la cobertura o si solicito solamente la cobertura individual aunque sea elegible para cobertura familiar, cualquier solicitud subsiguiente estará sujeta a los términos y condiciones vigentes en el Contrato maestro para proporcionar beneficios dentales/de visión, los cuales podrán requerir limitaciones adicionales y períodos de espera. También entiendo que Delta Dental de Wisconsin, Inc. se reserva el derecho de rechazar dicha solicitud.