

SOLO PARA USO DEL EMPLEADOR

NÚMERO DE GRUPO _____ 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) / /	

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

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?**
- 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 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

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	MARQUE UNA OPCIÓN:
				Tengo cobertura a través de mi cónyuge
				Tengo otra cobertura dental
				No tengo otra cobertura dental
NOMBRE DEL EMPLEADOR	UBICACIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	

RENUNCIO A LA COBERTURA

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 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, 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.