

FORMA DE REGISTRO, CAMBIO, O NO ACEPTACIÓN

LLENAR ESTA FORMA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN DE LA SOLICITUD. ESTA FORMA NO PUEDE USARSE PARA SEGUROS TRISELECT VOLUNTARY O DELTACARE DE DELTA DENTAL.



SÓLO PARA USO DEL EMPLEADOR

NO. DE GRUPO _____ VIGENTE A PARTIR DE _____

LLENE ESTA SECCIÓN SI ESTÁ ACEPTANDO, CAMBIANDO O CANCELANDO SU PARTICIPACIÓN EN EL PLAN.

APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE DE PILA	INICIAL	NO. DE SEGURO SOCIAL — —	FECHA DE NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DIRECCIÓN (HOGAR) – CALLE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE Y UBICACIÓN DEL EMPLEADOR (CIUDAD Y ESTADO)				FECHA DE CONTRATACIÓN MES / DÍA / AÑO	
INDIQUE TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA QUE DESEA REGISTRAR EN EL PLAN APELLIDO (SI ES DISTINTO)			INICIAL	PARENTESCO HIJO HIJA	FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO
CÓNYUGE					

RAZÓN PARA PRESENTAR ESTA FORMA

- NUEVA INSCRIPCIÓN RECONTRATACIÓN (Fecha _____ FECHA EN QUE SUCEDIÓ _____)
- SI ÉSTE ES UN CAMBIO, ¿CUÁL ES LA RAZÓN?
- NACIMIENTO / ADOPCIÓN (Nombre: _____) _____
- MATRIMONIO DIVORCIO
- DAR DE ALTA BAJA A UN DEPENDIENTE (Nombre: _____) _____
- CANCELACIÓN DE PLAN (Razón: _____) _____
- PÉRDIDA DE UN PLAN DE SEGURO DENTAL
- CAMBIO DE NOMBRE (Nombre anterior: _____) _____
- CAMBIO DE DIRECCIÓN _____
- TRANSFERENCIA DE GRUPO (De _____ a _____) _____
- SOLICITUD DE COBRA

¿QUÉ TIPO DE PLAN ESTÁ SOLICITANDO?

- SÓLO EMPLEADO EMPLEADO Y CÓNYUGE
- EMPLEADO Y UN MENOR DE EDAD
- EMPLEADO Y MENORES DE EDAD TODA LA FAMILIA

SU ESTADO CIVIL SOLTERO/A CASADO/A

SI NO ACEPTA QUE SU ESPOSA O DEPENDIENTES PARTICIPEN EN EL PLAN, ¿TIENEN ELLOS OTRO PLAN DENTAL? SÍ NO

Acepto el plan.

_____ SE REQUIERE LA FIRMA _____ FECHA _____

LLENE ESTA SECCIÓN SÓLO SI NO ACEPTA PARTICIPAR EN EL PLAN.

APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE DE PILA	INICIAL	NO. DE SEGURO SOCIAL — —	MARQUE UNA OPCIÓN:
NOMBRE Y UBICACIÓN DEL EMPLEADOR				<input type="checkbox"/> PARTICIPO EN EL PLAN DE MI CÓNYUGE
				<input type="checkbox"/> TENGO OTRO PLAN DE SEGURO DENTAL
				<input type="checkbox"/> NO TENGO OTRO PLAN DE SEGURO DENTAL
<input type="checkbox"/> No acepto el plan.		<input checked="" type="checkbox"/> _____		SE REQUIERE LA FIRMA _____ FECHA _____

Aceptación del plan

Acepto el plan de seguro de grupo que me ofrece mi empleador. Autorizo que se descuente de mi salario la contribución requerida para cubrir mi parte del costo del seguro. (Esta autorización se aplica sólo si se requiere que el empleado haga contribuciones al plan.) Comprendo que, al aceptar el seguro, debo permanecer registrado como empleado inscrito en el plan, y no podré hacer un cambio a elección en mi plan antes del siguiente periodo de registro, si es que hay un periodo de registro en el Acuerdo Maestro para Proporcionar Seguro Dental.

No aceptación del plan

Comprendo que si decido no solicitar participar en el plan, o si sólo solicito participar yo mismo(a) aunque tenga derecho a recibir el plan familiar, cualquier solicitud posterior quedará sujeta a los términos y a las condiciones aplicables del Acuerdo Maestro para Proporcionar Seguro Dental, lo que puede incluir limitaciones y periodos de espera adicionales. También comprendo que Delta Dental of Wisconsin, Inc. se reserva el derecho de rechazar dicha solicitud.