

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

POR FAVOR, NOTE QUE COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA LA COBERTURA.

## USO DEL EMPLEADOR SOLAMENTE

NÚMERO DEL GRUPO DENTAL \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DEL GRUPO DE LA VISTA \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA \_\_\_\_\_

## COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ACEPTA, CAMBIA O TERMINA LA COBERTURA

APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE	INICIAL	NSS O IDENT. ASIGNADA POR EL EMPLEADOR	FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)	GÉNERO F M D
DIRECCIÓN DE SU VIVIENDA - CALLE			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	FECHA DE CONTRATACIÓN (M/D/A)	

## SELECCIÓN DEL PLAN (NOTE: Solamente puede inscribir dependientes en los planes en los que usted se inscribe)

PLANES SELECCIONADOS EN LOS QUE DESEA INSCRIBIRSE: **DENTAL** **VISIÓN**

Liste todos los miembros elegibles de la familia que estarán cubiertos

DENTAL	VISIÓN	APELLIDO DEL CÓNYUGE (SI ES DIFERENTE)	NOMBRE	INICIAL	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)
					F	M	D	
		APELLIDO DEL NIÑO/DEPENDIENTE (SI ES DIFERENTE)						

## MOTIVO DE PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO

**NUEVO EMPLEADO** RECONTRATACIÓN (Fecha: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**SI ESTO ES POR UN CAMBIO, ¿CUÁL ES LA RAZÓN?** Fecha en que ocurrió \_\_\_\_\_

Nacimiento/adopción (Nombre: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Casamiento/ Divorcio \_\_\_\_\_  
 Agregar/ cancelar dependiente (nombre: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Terminación de los beneficios (Motivo: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Pérdida de beneficios dentales \_\_\_\_\_  
 Cambio de nombre (antiguo nombre: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Cambio de dirección ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 Transferencia de grupo (de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Solicitud de COBRA \_\_\_\_\_

## TIPO DE COBERTURA

**¿PARA QUÉ TIPO DE COBERTURA DENTAL PRESENTA LA SOLICITUD?**

Empleado solamente      Empleado y cónyuge  
 Empleado y niño(s)      Toda la familia

**¿PARA QUÉ TIPO DE COBERTURA DE LA VISIÓN PRESENTA LA SOLICITUD?**

Empleado solamente      Empleado y cónyuge  
 Empleado y niño(s)      Toda la familia

**SU ESTADO CIVIL**      Soltero/a      Casado/a

Si no acepta la cobertura para su cónyuge o dependientes, ¿están cubiertos por otro plan dental?    Sí    No

ACEPTO LA COBERTURA: **DENTAL** **VISIÓN**   X   \_\_\_\_\_  
 Se requiere la firma      Fecha

## COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI RENUNCIA A LA COBERTURA

APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE	INICIAL	<b>SI RENUNCIA A LA COBERTURA DENTAL POR FAVOR MARQUE UNA:</b> <input type="checkbox"/> Tengo cobertura dental a través de mi cónyuge <input type="checkbox"/> Tengo otra cobertura dental <input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura dental	<b>SI RENUNCIA A LA COBERTURA DE LA VISIÓN POR FAVOR MARQUE UNA:</b> <input type="checkbox"/> Tengo cobertura de la visión a través de mi cónyuge <input type="checkbox"/> Tengo otra cobertura de la visión <input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura de la visión
NSS O IDENT. ASIGNADA POR EL EMPLEADOR	NOMBRE DEL EMPLEADOR			
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO		

RENUNCIA A LA COBERTURA: **DENTAL** **VISIÓN**   X   \_\_\_\_\_  
 Se requiere la firma      Fecha

**Aceptación de la cobertura**

Acepto el seguro provisto por el plan de seguro grupal de mi empleador. Autorizo las deducciones de mis ingresos para las contribuciones requeridas para el costo del seguro. (Esta autorización se aplica solamente si se requieren las contribuciones del empleado.) Entiendo que al aceptar el seguro, se requiere que mantenga la inscripción como empleado cubierto y que no puedo hacer un cambio electivo en la cobertura seleccionada hasta el próximo período de inscripción abierta, si el Acuerdo Maestro para Proveer Beneficios Dentales/Visión incluye uno.

**Renuncia de la cobertura**

Entiendo que si decido no presentar la solicitud de cobertura o si solamente presento la solicitud para la cobertura como soltero a pesar de ser elegible para la cobertura familiar, cualquier solicitud posterior estará sujeta a los términos y condiciones correspondientes del Acuerdo Maestro para Proveer Beneficios Dentales/Visión, que podría requerir limitaciones adicionales y períodos de espera. También entiendo que Delta Dental of Wisconsin, Inc. se reserva el derecho de rechazar dicha solicitud.