

400 Fairview Ave N Suite 800
Seattle WA 98109-5371
(800) 554-1907

Nuevo Inscripción abierta COBRA Restablecer Cambiar | Descripción de los cambios: _____

Renuncia a la cobertura dental (seleccione cualquier opción que corresponda): Yo y todos los dependientes Cónyuge/pareja doméstica* Hijos dependientes**

Si renuncia a la cobertura dental (esto no se aplica a la cobertura de la vista), consulte la sección “Exención de cobertura dental” antes de firmar y enviar su formulario.

Complete y envíe este formulario para inscribirse en los planes de beneficios dentales y de la vista que ofrece su empleador. Consulte a su administrador de beneficios para obtener información sobre los planes dentales y de la vista (si corresponde) disponibles para usted.

Información del suscriptor (complete todos los campos)

Nombre del grupo o del empleador		N.º de grupo/subgrupo		Fecha de entrada en vigencia		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal	
Correo electrónico				Número de teléfono		
				¿Es este un número de teléfono móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cobertura dental: <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar				Cobertura de la vista: <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar		

Información de dependientes

Enumere todos los dependientes que tendrán cobertura (adjunte una página adicional si no puede enumerar a todos los dependientes):

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Agregar/Quitar
	<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja doméstica* <input type="checkbox"/> Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
	Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
	Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
	Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
	Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar

¿Alguno de sus dependientes tiene cobertura después de la edad permitida debido a una discapacidad? Sí*** No

Coordinación de beneficios

Complete esta sección si usted o sus dependientes tienen otra cobertura dental.

Marque todas las personas a quienes se aplica la cobertura:					
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Todos los dependientes con otra cobertura <input type="checkbox"/> Dependientes (especificar) _____					
Nombre y número de grupo del empleador				Fecha de entrada en vigencia	
Nombre y dirección de la compañía de seguros					
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo

Para obtener información adicional sobre COB, adjunte una página por separado o llame al (800) 554-1907.

Esta sección es únicamente para la inscripción en el plan “Delta Dental PPOSM – Core/Buy-up”

Si se inscribe en el plan **Delta Dental PPO – Core/Buy-up**, seleccione su opción de cobertura a continuación.

<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Buy-up	<i>Hable con su administrador de beneficios o revise una copia de la Página de descripción general del plan para obtener información sobre sus opciones de cobertura específicas de beneficios.</i>
--	---

Esta sección es únicamente para la inscripción en el plan “DeltaCare[®]”

Debe elegir un dentista de atención primaria (Primary Care Dentist, PCD) que participe en la red de DeltaCare, o se le asignará uno. Puede acceder a esta lista en www.DeltaDentalWA.com/FindADentist o comunicándose con nosotros al 1-800-650-1583. Todos los familiares serán asignados al mismo proveedor, a menos que se solicite lo contrario. Se hará todo lo posible por asignar a los familiares a los proveedores elegidos. Se le enviará la confirmación de las asignaciones de proveedores.

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación	Opción de 1. ^{er} proveedor	¿Proveedor actual?	Opción de 2. ^o proveedor	¿Proveedor actual?
	Suscriptor		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja doméstica* <input type="checkbox"/> Hijo dependiente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Hijo dependiente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Hijo dependiente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Hijo dependiente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Hijo dependiente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Esta sección es únicamente para la inscripción de COBRA

Indique la fecha en que califica:

Indique el evento que califica

- Finalización Reducción de horas Divorcio Disolución de pareja doméstica Viudez/Dependiente superviviente
 Hijo dependiente que ya no es elegible Otros

Exención de cobertura dental (*si corresponde*)

Se me han informado las características y los beneficios del plan dental que se me ofrece a través de mi empleador. Entiendo que los beneficios del plan solo están disponibles para las personas inscritas. Después de la debida consideración, he indicado mis selecciones de exención en la página uno de este formulario.

Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros de manera intencional con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro (R.C.W. 48.135.080).

* Las parejas domésticas incluyen las parejas registradas en el estado y otras parejas domésticas cubiertas en el grupo.

** La edad mínima permitida es hasta los 25 años para todos los hijos dependientes; la cobertura no finalizará para hijos mayores de 25 años que sean:

- (1) incapaces de tener un empleo que les permita mantenerse por motivo de una discapacidad física o del desarrollo;
- (2) dependientes, principalmente, del empleado o del miembro para su sostenimiento y manutención.

*** Se requiere la documentación que demuestre que dicho hijo continúa siendo incapaz de tener un empleo para mantenerse por causa de una discapacidad física o del desarrollo y que dicho hijo depende principalmente del empleado o del miembro para su sostenimiento y manutención. Para obtener más información, llámenos al 1-800-554-1907.

Firma

Fecha