

Disclosure

The Spanish version of the SG ENR - 2023 is being provided on an informational basis only. The English version of this Plan is controlling for the purposes of application and interpretation.

Divulgación

La versión en español del SG ENR - 2023 se ofrece únicamente para propósitos informativos. La versión en inglés de este Plan sirve de control para propósitos de enviar solicitudes y para interpretación.

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

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

Complete y envíe este formulario para inscribirse en el(los) plan(es) 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		
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:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	¿Esta persona tiene otra cobertura dental?
Cónyuge o pareja doméstica*					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo dependiente**					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo dependiente**					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo dependiente**					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo dependiente**					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿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"/> Usted <input type="checkbox"/> Todos los dependientes con otra cobertura <input type="checkbox"/> Dependiente(s) (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

Si desea obtener información adicional sobre la coordinación de beneficios (coordination of benefits, COB), envíe un formulario adicional 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 PPOSM – Core/Buy-up**, seleccione su opción de cobertura a continuación.

<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Cobertura adicional	<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	Inicial del segundo nombre	Apellido	Opción de 1.º 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
Cónyuge o pareja doméstica*				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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					
<input type="checkbox"/> Finalización	<input type="checkbox"/> Reducción de horas	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Disolución de pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Viudez/Dependiente sobreviviente	
<input type="checkbox"/> Hijo dependiente que ya no es elegible		<input type="checkbox"/> Otros			

Exención de cobertura dental

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 decidido lo siguiente:

- No inscribir a mi cónyuge o pareja doméstica en el plan dental grupal que ofrece mi empleador.
- No inscribir a mis hijos en el plan dental grupal que ofrece mi empleador.
- No inscribirme a mí ni a mis dependientes en el plan dental grupal que ofrece mi empleador. Comprendo que, al hacer esto, renuncio a todos los beneficios que sean pagaderos en virtud del contrato para mí o mis dependientes.

Proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros de manera intencional con el propósito de estafar a la compañía es un delito. 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