



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIOS- CA

Delta Dental of California

Delta Dental of California
P.O. Box 429086
San Francisco, CA 94142-9086
www.deltadentalins.com

MUY IMPORTANTE: Escriba en letra de molde legible

Información del afiliado/cambio

- Nueva inscripción
 Cambio de estado civil
 Fin de la cobertura del afiliado
 Corrección de Número de seguro social/Número de identificación del afiliado o Identificación anterior bajo la cual se reciben los beneficios
- Agregar/Eliminar dependiente
 Cambio de domicilio
 Otro _____

Información del afiliado principal

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Número de Seguro Social | Número de identificación del afiliado (si aplica) | Fecha de nacimiento | Sexo | Estado civil |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado |
| Primer nombre | Apellido | | | Inicial del segundo nombre |
| Domicilio postal (calle) | Ciudad | Estado | Código postal | |
| Dirección de correo electrónico (exclusivamente para uso interno) | Número de teléfono | Tipo de teléfono | | |
| | () - | Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> | | |
| Nombre de la otra compañía de seguro dental | Nombre del titular de la póliza (nombre/apellido) | | | Fecha de nacimiento |
| | | | | / / |
| Fecha de vigencia de la otra póliza | Domicilio del titular de la póliza | Ciudad | Estado | Código postal |
| / / | | | | |

Información del dependiente

| Relación o parentesco | Primer nombre del dependiente (Apellido sólo en caso de que sea diferente del apellido del afiliado) | Agregar/Finalizar | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Masculino/Femenino | Estudiante/Discapitado** | Nombre de la escuela (estudiante mayor de edad)** |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Cónyuge/Pareja | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | / / | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Dependiente | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | / / | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Dependiente | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | / / | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Dependiente | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | / / | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Dependiente | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | / / | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

Por favor, adjunte una hoja de información por cada dependiente adicional. Todos los dependientes listados serán considerados afiliados. **Se requerirá documentación adicional para los discapacitados y los que tengan condición de estudiante.

- Autorizo cualquier deducción de mi salario que se requiera para pagar el costo de esta cobertura. Certifico que la información que se indica es verdadera y correcta a mi saber y entender. Entiendo que solamente pueden hacerse cambios si hay un cambio en mi estado familiar, en cuyo caso el cambio debe ser coherente con dicho evento, o con lo que se disponga en el contrato grupal.
- Declino la cobertura en este momento.

Firma del afiliado _____

Fecha _____ / _____ / _____

EXCLUSIVO PARA USO DEL GRUPO

| | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| N.º de grupo | División | Estado |
| Fecha de vigencia | Fecha de contratación | |
| / / | / / | |
| Nombre del empleador | | |
| Ubicación | Código de pago | Paquete de beneficios |

Clasificación del afiliado

- Tiempo completo
 Por horas
 Certificado
- Medio tiempo
 Asalariado
 Clasificado
- Retirado
 Miembro/Otro _____

COBRA (si aplica)

- Despido
- Reducción de horas
- Divorcio/Separación legal*
- Viudez/Dependiente superviviente*
- Hijo dependiente que ya no es elegible*

Indique la fecha de validez: _____ / _____ / _____

*Si está inscribiendo a un dependiente con su número de seguro social (SSN por sus siglas en inglés), debe proporcionar el SSN actual del mismo.

IMPORTANT: Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. For free help, please call Delta Dental at 1-800-765-6003. You may also be able to receive this document in Spanish or Chinese.

IMPORTANTE: ¿Puede leer este documento? Si no, podemos ayudarle. Para obtener ayuda gratis, llame a Delta Dental al 1-800-765-6003. También puede recibir este documento en español o chino.

重要通知：您能讀這份文件嗎？如有問題，我們可請他人協助您。如需免費協助，請電 Delta Dental 1-800-765-6003 您也能取得這份文件的西班牙文或中文譯本。