



Formulario de inscripción/ cambio de estado de Delta Dental of Illinois para Póliza de grupo



**ATENCIÓN: Eligibility Department | 234 Spring Lake Dr. | Itasca, Illinois 60143
FAX: (630) 773-8790 | TELÉFONO: (630) 238-1900**

Complete toda la solicitud. Escriba en letra de imprenta con tinta negra o en computadora. Si la solicitud está incompleta, es posible que sea rechazada o que se retrase la fecha de entrada en vigencia.

MIEMBRO

Apellido		Nombre		Inic. 2.º nomb.	Fecha de nacimiento __/__/__
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Pareja doméstica			Número de Seguro Social o Número de ID alternativo	
Estado de miembro	<input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> No sindicato <input type="checkbox"/> Miembro de asociación y/o Miembro de fideicomiso <input type="checkbox"/> Horas trabajadas _____ <input type="checkbox"/> Otro _____				
Dirección postal		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono ()		Correo electrónico			
Nombre del grupo		Número de grupo		Número de sub-ubicación (si corresponde)	
Fecha de entrada en vigor de cobertura solicitada __/__/__			Fecha de contratación/Re-contratación __/__/__		

Doy mi consentimiento para recibir la Explicación de Beneficios (EOB) de Delta Dental of Illinois por correo electrónico. Sí No

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de la póliza y requeridas legalmente de Delta Dental of Illinois por correo electrónico. Sí No

MIEMBRO/EMPLEADO/DEPENDIENTE/ADICIONES/TERMINACIONES/CAMBIOS

Marque dos de las opciones siguientes.

Sí, Deseo inscribirme en este plan de beneficios de grupo dental ofrecido por Delta Dental of Illinois. (si va a inscribirse en un plan de beneficios dentales, seleccione una red a continuación).

Delta Dental PPO/Delta Dental Premier Si corresponde: High Option Low Option

DeltaCare (complete la sección más abajo)

Nombre del dentista _____ Dirección _____

Código del centro _____

No, no deseo inscribirme en este plan de beneficios de grupo dental ofrecido por Delta Dental of Illinois.

Sí, deseo inscribirme en esta cobertura de grupo DeltaVision®*.

No, no deseo inscribirme en esta cobertura de grupo DeltaVision.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO

Inscripción Inicial o Abierta

COBRA

Fecha de finalización ___/___/____

Jubilado

Restablecimiento debido a los siguientes motivos:

Re-contratación Pérdida de otra cobertura Otro _____

Agregar dependiente debido a los siguientes motivos:

Nacimiento Adopción/Puesto en adopción Matrimonio Pareja doméstica

Unión civil Tutoría legal Pérdida de otra cobertura

Niño dependiente con discapacidad Dependiente militar Orden judicial Otro _____

Fecha de evento habilitante ___/___/____

Cancelar dependiente debido a los siguientes motivos:

Edad Fallecimiento Divorcio Otra cobertura ajena

Fecha de evento habilitante ___/___/____

Cambio de nombre

Nombre anterior _____ Nuevo nombre _____

Cambio de dirección _____

Cambio de dentista de DeltaCare (complete la sección siguiente)

Nombre del dentista _____ Dirección _____

Código del centro _____

Finalización de empleo

Fecha ___/___/____

SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

Seleccione una opción para dental:

Miembro solamente

Miembro más un dependiente

Miembro más esposo(a) o Pareja doméstica

Miembro más dos o más dependientes

Miembro más un niño dependiente

Toda la familia

Miembro más dos o más niños dependientes

Miembro más niño(s)

¿Está su esposo(a) cubierto(a) por otro plan dental? Sí No

Si la respuesta es "Sí," indique el nombre de la compañía: _____

Indique el empleador de su esposo(a): _____

¿Usted o sus dependientes están cubiertos por algún otro programa de beneficios dentales? Sí No

Si la respuesta es "Sí," indique el nombre de la compañía: _____

Seleccione una opción para DeltaVision:

Miembro solamente

Miembro más un dependiente

Miembro más esposo(a) o Pareja doméstica

Miembro más dos o más dependientes

Miembro más un niño dependiente

Toda la familia

Miembro más dos o más niños dependientes

Miembro más niño(s)

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

DEPENDIENTES

Indique los nombres de todos los dependientes que recibirán cobertura o la finalizan bajo la Póliza del Grupo

Agregar	Borrar	Nombre	Apellido (si es distinto al del solicitante)	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Relación con el solicitante	Estado del solicitante	Género
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio; o bien, que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y estará sujeta al pago de multas de resarcimiento económico, al cumplimiento de una condena en prisión o cualquier combinación de ambas.

DISCLAIMER: The Spanish version of this form is provided only as a courtesy to the customer. The English version of this form will be the presiding version in any case of a dispute or complaint.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La versión en español de este documento se proporciona únicamente como cortesía para el cliente. La versión en inglés de este documento constituirá la versión predominante en el caso de alguna disputa o reclamación.

Según mi leal saber y entender, la información que figura en esta solicitud es completa y exacta. Comprendo que proporcionar información falsa o inexacta puede tener como resultado la cancelación de la cobertura o la falta de pago de los beneficios. Comprendo que las primas por mi cobertura bajo la póliza del grupo será remitida a Delta Dental of Illinois por mi Grupo. Si debo contribuir a la prima por mi cobertura, comprendo que la disposición para la deducción de mi nómina la realizará mi Grupo.

Firma del miembro

Fecha

__/__/____

**DeltaVision es provista por ProTec Insurance Company, una subsidiaria de propiedad exclusiva de Delta Dental of Illinois, en colaboración con redes de EyeMed Vision Care.*