



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。