DELTACARE®

REGISTRO/FORMA DE CAMBIO

SOLAMENTE PARA EL USO DE EL EMPLEADOR

Group No. _____

Contract Type _____

Effective Date _____

Marque Una Caja

- ❑ Registro Inicial
- ❑ Cambio de Nombre
- ❑ Cambio de Oficina dental*
- ❑ COBRA
- ❑ Nuevo número de Seguro Social/Numero de identificación de empleado
- ❑ Cambio de Domicilio
- ❑ Añadir Dependiente
- ❑ Remover Dependiente

Indique fecha de effechvidad de el cambio
*(No aplica al cambio de ofcina dental)

(Mes) (Dia) (Año)

Registro de COBRA

Por favor indique cuál evento califica:

❑ Terminación ❑ Viudez ❑ Dependiente Sobreviviente
❑ Divorcio ❑ Dependiente Mayor de edad

Indique fecha en que califica:

(Mes) (Dia) (Año)

Información del Miembro Primario

MUY IMPORTANTE - POR FAVOR DE ESCRIBIR CLARO (Favor deje un espacio en blanco entre en medio de cada palabra)

Nombre: (Apellido) (Primer) (Inicial)

Domicilio Postal: (Numero) (Calle)

(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Fecha de Nacimiento: (Mes) (Dia) (Año)

Másculino 0 Femenino 0

Número Telefonico: ( ) —

Nombre de Empleador/Grupo:

Locación:

Numero de Seguro Social: — —

Numero de Empleado:

Nombre de Oficina Dental:

Numero de Oficina Dental:

Información de Dependientes

MUY IMPORTANTE - POR FAVOR DE ESCRIBIR CLARO (Para añadir dependientes adicionales, favor de adjuntar una página por separado.)
Nota: Usted puede escoger hasta 3 oficinas dentales para usted y todos los dependienter registrados.

POR FAVOR DE LISTAR DEPENDIENTES ELEGIBLES ADICIONAL A USTED

Código de Parentesco*	Nombre del Dependiente	Másculino/ Femenino (Marque Uno) M	F	Fecha de Nacimiento (Mes) (Dia) (Año)	Nombre de Oficina Dental	Numero de Oficina Dental
		❑	❑			
		❑	❑			
		❑	❑			
		❑	❑			
		❑	❑			
		❑	❑			
		❑	❑			

*Código de Parentesco: Use los siguientes 2 letras en código en la primera columna para designar a cada dependiente indicando:
Esposo(a) - SP Compañero Domestico - DP Hijo(a) - CH Hijo(a) del DP - CD Otro Adulto - OA Otro Hijo(a) - OC

Firma del Miembro Primario _____ Fecha _____