



Formulario de Inscripción de Doble Opción para California

Por favor seleccione uno de los siguientes planes dentales:

Plan cuota-por-servicio

- Delta Dental Premier®
- Delta Dental PPO

Para uso interno únicamente: Cuota-por-servicio
 Número de grupo/empleador: _____
 Número de identificación: _____
 Fecha de alta: _____

Plan DHMO prepagado:

- DeltaCare® USA
- Usted debe seleccionar un dentista de red para este plan
 Nombre del consultorio dental: _____
 Código de identificación numérico del consultorio (obligatorio): _____

Para uso interno únicamente: Prepagado
 Número de grupo/empleador: _____
 Número de identificación: _____
 Fecha de alta: _____

Fecha de inicio del empleo: _____

- Clasificación del empleado:
- Tiempo completo
 - Tiempo parcial
 - Empleado asalariado
 - Empleado por hora
 - Certificado
 - Clasificado
 - Jubilado
 - COBRA

Número de división de grupo: _____ Nombre del grupo: _____

Información del afiliado primario:

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad, estado y código postal: _____
 Número de teléfono particular: (____)
 Dirección de correo electrónico: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenino
 Número de seguro social: _____
 Nombre del establecimiento de la red (para uso de Delta únicamente)

 Número del establecimiento de la red (para uso de Delta únicamente)

Acción solicitada:

- Nueva inscripción
- Agregar dependiente
- Eliminar dependiente
- Cambiar nombre
- Cambiar domicilio
- Corregir número de seguro social
- Inscripción en Cobra

Inscripción en COBRA únicamente

Entiendo que el empleador puede solicitarme que abone los beneficios de COBRA.
 Nota: Si inscribe un dependiente con el número de seguro social (SSN) de éste, se deberá suministrar el número de seguro social del afiliado original.
 SSN del afiliado primario: _____
 Fecha de cumplimiento de requisitos: ____/____/____
 Motivo de cumplimiento de requisitos: _____

Estado civil:

- Soltero/a Casado/a Concubino/a
 - Divorciado/a Separado/a
- ¿Tiene hijos dependientes?
 Sí No
 ¿Su cónyuge tiene plan dental?
 Sí No
 ¿Quién recibe cobertura a través de su cónyuge?
 Usted Cónyuge Hijos dependientes
- En caso de Delta Dental, indique el número de grupo: _____

Información de dependiente:

Cónyuge/concubino/a								Para afiliados a DeltaCare USA únicamente:	
Nombre (nombres y apellido)	Código*	SSN del cónyuge	Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Fecha de matrimonio/divorcio	M	F	Nombre del consultorio dental	Código de identificación del consultorio dental
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre del establecimiento de la red	Número del establecimiento de la red
Hijo(s):						Si tiene 19 años o más, indicar:			
Nombre (nombres y apellido)	Código*	SSN del cónyuge	Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Estudiante a tiempo completo	Discapitados	M	F	Nombre del consultorio dental
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*Códigos de vínculo familiar: Cónyuge – SP Concubino – DP Hijo – CH Hijo de concubino – CD Otro adulto – OA Otro hijo – OC

Entiendo que el empleador puede solicitarme que abone estos beneficios y los de mis dependientes. Acepto continuar con la afiliación al programa seleccionado arriba durante mi período de empleo y mientras el programa esté en vigencia. Acepto cumplir con las condiciones del contrato del grupo.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____