



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO - Nevada

Delta Dental Insurance Company
Programa para pequeñas empresas

Seleccionar un plan: PPO DeltaCare® USA¹
Delta Dental Insurance Company Alpha Dental of Nevada, Inc.

MUY IMPORTANTE - Escriba en letra de imprenta legible

Información del afiliado/del cambio			Cambio en plan dental ²
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio	<input type="checkbox"/> Corrección del número de identificación del afiliado/SSN o identificación anterior bajo la cual se reciben los beneficios	<input type="checkbox"/> PPO - Cancelar <input type="checkbox"/> DeltaCare USA - Cancelar
<input type="checkbox"/> Agregar/eliminar dependiente	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura del afiliado		
<input type="checkbox"/> Cambio de estado civil	<input type="checkbox"/> Cambio en planes dentales ²		

Información del afiliado principal				
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	
Nombre	Apellido		Segundo nombre	
Dirección postal (calle)	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico (solo para uso interno)	Número de teléfono	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa		
Nombre del centro de la red ⁵	Número del centro de la red ⁵			
Nombre de otra compañía de seguro dental	Nombre del titular de la póliza (nombre/apellido)		Fecha de nacimiento	
Fecha de entrada en vigencia de otra póliza	Dirección del titular de la póliza	Ciudad	Estado	Código postal

SOLO PARA USO EN GRUPO		
N.º de grupo	División	Estado
Fecha de entrada en vigencia:	Fecha de contratación	
Nombre del empleador		
<input type="checkbox"/> Agregar/Term./Cambio debido a un evento que califica		
<input type="checkbox"/> Periodo de inscripción abierta		
Clasificación del afiliado		
<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Certificado
<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Asalariado	<input type="checkbox"/> Clasificado
<input type="checkbox"/> Otros _____		
COBRA (si corresponde)		
<input type="checkbox"/> Terminación		
<input type="checkbox"/> Reducción de horas		
<input type="checkbox"/> Divorcio/Separación legal*		
<input type="checkbox"/> Dependiente viudo/sobreviviente*		
<input type="checkbox"/> Un hijo dependiente ya no es elegible*		
Indique la fecha en que califica: _____		
*Si un dependiente se inscribe con su propio número de seguro social (social security number, SSN), se debe proporcionar el SSN actualmente inscrito.		

Información del dependiente ³						
Relación	Nombre del dependiente (apellido solo si es diferente al del afiliado)	Añadir/Terminar	Fecha de nacimiento	Masculino/femenino/no binario	Discapacitado ⁴	Número del centro de la red ⁵
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"/>	

¹ DeltaCare USA es nuestro plan de red cerrada que se caracteriza por tener copagos fijos, sin deducibles anuales y sin límites máximos para los beneficios cubiertos. Los afiliados deben seleccionar un dentista de cuidado primario de la red de DeltaCare USA, de quien recibirán tratamiento.

² Los afiliados pueden cambiar de plan solo durante el periodo de inscripción abierta o debido a un cambio de estado que califique.

² Adjunte una hoja por separado para la información adicional sobre los dependientes. Todos los dependientes enumerados se considerarán inscritos.

⁴ Se requerirá documentación adicional, en forma de nota del médico, para el estado de discapacidad.

⁵ Debe completarse solo cuando elija DeltaCare USA. Hay un máximo de tres centros por familia.

Continúa en la página 2

DENTAL

Autorizo cualquier descuento de mi sueldo que se requiera para pagar el costo de esta cobertura. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mis posibilidades. Comprendo que los cambios solo pueden realizarse durante el período de inscripción abierta anual, a menos que experimente un cambio de estado familiar que reúna los requisitos, en cuyo caso el cambio debe ser coherente con ese evento, o según lo dispuesto por el contrato grupal.

Mi empleador me ha ofrecido cobertura, pero en este momento deseo rechazar la cobertura dental para:

- Mis dependientes y yo Cónyuge/pareja Hijo(s)

Motivo

Se requiere solo si el empleado renuncia a la cobertura; no se requiere si renuncia a la cobertura solo para dependientes

- Otra cobertura grupal Nombre de la compañía de seguros _____ N.º de grupo _____
 Cobertura dental proporcionada por Medicare/Medicaid
 Póliza individual
 Otro motivo _____ (se requiere explicación)

Cualquier persona que conscientemente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente una reclamación falsa, incompleta o engañosa por la cantidad de la póliza de seguro, podría estar sujeta a multas civiles o sanciones.

Firma del afiliado _____

Fecha: _____