

## SOLICITUD DE INSCRIPCION / CAMBIO

enrollment@deltadentalia.com  
[www.deltadentalia.com](http://www.deltadentalia.com)  
 Fax: 1-888-264-1440  
 Phone: 1-877-983-3582

No. Seguridad Social	Número de grupo	Fecha de vigencia ____/____/____
<input type="checkbox"/> Nuevo solicitante	<input type="checkbox"/> Cambio de cobertura	Número de departamento
<input type="checkbox"/> Inscrito tarde	<input type="checkbox"/> Cambio nombre/dirección	
		Número de empleado

<b>SECCION I</b>	Nombre (Nombre, Inicial media, Apellido)	Teléfono ( )	Fecha de nacimiento ____/____/____	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra
Dirección completa – Calle		Ciudad	Estado	C.P.
		Estado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		Fecha contratación ____/____/____

Nombre y lugar del empleador	<b>Por favor, marque la cobertura que solicita:</b> <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/Hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge/Hijo(s)
------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### SECCION II DEPENDIENTES ELEGIBLES

Liste los miembros elegibles de cobertura en su familia	Número de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Sexo	Estudiante universitario de tiempo completo	Estado de incapacidad	Otra cobertura dental
Nombre    Inicial media    Apellido (si es diferente)						
Cónyuge		____/____/____	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H		Incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dependiente		____/____/____	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre escuela: _____	Incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dependiente		____/____/____	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre escuela: _____	Incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dependiente		____/____/____	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre escuela: _____	Incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

**Otra cobertura dental** – Si cualquier persona(s) en esta solicitud tiene seguro dental a través de otra compañía donde el empleador paga cualquier porción del coto o hace deducciones en nómina, complete por favor: **Titular del contrato:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Soltero  Familia

Nombre de la otra compañía dental      Número de póliza      Fecha en vigor      Tipo de contrato

### SECCION III CAMBIO DE COBERTURA

Por favor marque los acontecimientos que requieren cambios al Contrato:

- Boda     Muerte     Divorcio     Nacimiento/Adopción     Suprimir dependientes     COBRA     Terminación de beneficios  
 Otro (explique) \_\_\_\_\_ Nombre de la parte afectada \_\_\_\_\_ Fecha del acontecimiento \_\_\_\_\_

### SECCION IV ACUERDO y CERTIFICACION

He leído y entiendo el lenguaje del Acuerdo y Certificación y/o Documento de renuncia de cobertura al reverse de esta solicitud y confirmo recibir una copia totalmente completada de esta solicitud.

<p style="text-align: center;"><b>ACEPTACION DE COBERTURA</b></p> <p>_____ / ____/____                  Firma del empleado      Fecha</p>	<p style="text-align: center;"><b>RENUNCIA DE COBERTURA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Renuncio a la cobertura dental de mis dependientes y de mí mismo. (Por favor indique la razón)</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo (Tenemos) cobertura bajo otro plan dental.</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo (deseamos) alistarnos</p> <p>_____ / ____/____                  Forma del empleado      Fecha</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **ACUERDO Y CERTIFICACION**

Certifico que estoy legalmente autorizado para solicitar cobertura para mí mismo y para todas las otras personas nombradas en esta solicitud. Entiendo que estoy haciendo la solicitud de cobertura patrocinado por mi empleador o patrocinador de grupo ofrecida por by Delta Dental de Iowa. Autorizo a mi empleador, como mi agente, a deducir de mi paga o a cobrar de mí por anticipado la prima y remitir por tanto dichas sumas a Delta Dental de Iowa en mi nombre. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que Delta Dental de Iowa sea notificada por mí o mi empleador o patrocinador de grupo de lo contrario. Entiendo que la cobertura de esta póliza de cuidado dental solicitada no comenzará hasta después de que esta solicitud y los dineros deducidos de mi paga como pago de la prima o pagados a mi empleador por tal prima sean recibidos y aceptados por Delta Dental de Iowa y una fecha de entrada en vigor sea establecida por Delta Dental de Iowa. Entiendo que se me proporcionará notificación por escrito de cambios de tarifas por parte de mi empleador o patrocinador de grupo, como agentes.

Certifico que después de completar esta solicitud, la leí en su totalidad cuidadosamente, que las declaraciones y respuestas ofrecidas son completas, ciertas y correctas, a mi mejor entender y que ninguna información requerida ha sido conscientemente retenida expresa o implícitamente. Entiendo que Delta Dental de Iowa dependerá de lo completo y de la veracidad de la información dada y las declaraciones hechas, y que si he hecho cualquier declaración falsa o deformación de los hechos, o no he descubierto y escondido cualquier hecho material, Delta Dental de Iowa tendrá el derecho a declarar como nula la póliza de cuidado dental solicitada y rehusar la prestación de beneficios a cualquier persona bajo la misma.

Autorizo a cualquier proveedor de cuidados de salud a divulgar los registros médicos a Delta Dental de Iowa cuando estén relacionados razonablemente a la cobertura de cuidado dental que he solicitado. Si cualquier ley o regulación requiere autorización adicional para la divulgación de registros dentales, yo daré esta autorización.

## **RENUNCIA DE COBERTURA**

Entiendo que si decido no solicitar cobertura, o que si solicito solamente cobertura individual, aunque estoy autorizado a cobertura familiar, cualquier solicitud subsiguiente estará sujeta a los términos y condiciones aplicables del Acuerdo Maestro para Proporcionar Beneficios Dentales, el cual puede requerir limitaciones adicionales y períodos de espera. También entiendo que Delta Dental de Iowa, se reserva el derecho de rechazar tal solicitud.