

SOLICITUD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DENTAL  
Y FORMULARIO PARA CAMBIO DE INFORMACIÓN

Willamette Dental of Washington, Inc., 6950 NE Campus Way, Hillsboro, OR 97124



Por favor escribe sus respuestas claramente con tinta y llene ambos lados de este formulario para así procesar su solicitud con mayor rapidez. Gracias.

1. ESTOY LLENANDO ESTA SOLICITUD PORQUE SOY...

nuevo solicitante     jubilado

miembro actual: *(seleccione una casilla)*

cambiando mi nombre     cambiando mi dirección     cambiando mis dependientes     terminando mi cobertura

Debido a:  inscripción abierta     evento calificador (matrimonio, adopción, nacimiento, pérdida de otra cobertura)

Fecha del evento calificador: \_\_\_\_\_

miembro COBRA: *(seleccione una casilla)*

18 meses     29 meses     36 meses

Fecha de continuación del evento calificador: \_\_\_\_\_

2. LA INFORMACIÓN DE MI EMPLEADOR ES...

Nombre del Empleador:	ID del Grupo:	Fecha de Entrada en Vigencia:	
Dirección del Trabajo:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono del Trabajo:	Ocupación:	Fecha de Contratación:	

3. MI INFORMACIÓN ES...

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social:	Género:
Dirección de Casa:	Ciudad/Estado/Código Postal:	Número de Teléfono:
Correo Electrónico:	Fecha de Nacimiento:	Nombre Antiguo, si aplica:

4. QUIERO INSCRIBIR A MÍ...

Cónyuge o Pareja Doméstica (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social:	Género:
	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
Nombre del Niño(a) Dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social:	Género:
	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar
Nombre del Niño(a) Dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social:	Género:
	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar

Por favor continuar la solicitud al reverso...

5. DEPENDIENTES ADICIONALES...

Nombre del Niño(a) Dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social	Género:
	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar
Nombre del Niño(a) Dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social	Género:
	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar
Nombre del Niño(a) Dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social	Género:
	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar

6. TENGO OTRO SEGURO DENTAL...

¿Usted otros de sus dependientes están cubiertos bajos otro plan dental?  Sí  No

Si es sí, nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Número de la póliza: \_\_\_\_\_

7. FIRMAS

Por el presente estoy solicitando cobertura por medio de Willamette Dental de Washington, Inc. para mí y los dependientes en la lista. Autorizo a mi empleador a realizar las deducciones, (si hay alguna), de la cantidad necesaria de mi nomina de salario o sueldo, para cubrir mi contribución a la cobertura con Willamette Dental de Washington, Inc. Autorizo a cualquier proveedor de servicios de salud para darle a Willamette Dental de Washington, Inc., bajo solicitud, cualquier información en relación a salud, condición, o tratamiento de cualquier persona incluida bajo dicha cobertura cuando esa información se considere necesaria para la propia disposición de un reclamo en cumplimiento de las obligaciones impuestas a Willamette Dental de Washington, Inc. por la ley Estatal o Federal.

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y completa hasta donde tengo conocimiento. Estoy de acuerdo en informar a Willamette Dental de Washington, Inc. sobre cualquier cambio de mi situación dentro de los 60 días de la fecha del cambio. Limitado a dos años de llenar este formulario, entiendo que mi cobertura es nula y se cancela si he dado cualquier información falsa o engañosa sobre mi o mis dependientes en este formulario o cualquier formulario junto con este plan. Entiendo que es un crimen proveer información falsa, incompleta, o engañosa con conocimiento a una compañía de seguro con el propósito de defraudar a la compañía, y las penalidades incluyen cárcel, multas o la negación de los beneficios del seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante principal

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Willamette Dental of Washington, Inc. is issuing this translated form on an informational basis and the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.

Willamette Dental of Washington, Inc. emite este formulario traducido con carácter informativo y la versión en inglés prevalece a efectos de aplicación e interpretación.

RENUNCIANDO A SU SEGURO DENTAL DE GRUPO

¿Desea renunciar al derecho de seguro dental de grupo ofrecido por medio de su empleador?  Sí  No

Si es sí, por favor elija a continuación para quien está renunciando la cobertura:

Para mí y mis dependientes  Solo para mis dependientes

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma