

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

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



Por favor escriba 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
 miembro actual: (seleccione una casilla)
 miembro COBRA: (seleccione una casilla)

jubilado
 cambiando mi nombre
 18 meses
 cambiando mi dirección
 29 meses
 cambiando mis dependientes
 36 meses
 terminando mi cobertura

Fecha de continuación del evento calificativo: _____

debido a...

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

Fecha del evento calificador : _____

2. LA INFORMACIÓN DE MI EMPLEADOR ES...

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

3. MI INFORMACIÓN ES...

Yo (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 <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar
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
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

5. DEPENDIENTES ADICIONALES...

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
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 u otros de sus dependientes están cubiertos bajo 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: / /