

Solicitud para la inscripción en el plan dental y formulario para el cambio de información de

Willamette Dental de Idaho Inc.
6950 NE Campus Way, Hillsboro, Oregon 97124



Willamette
Dental Group

Por favor escriba sus respuestas claramente en tinta y rellene ambos lados de este formulario para que así podamos procesar su solicitud más rápidamente. Gracias.

1 Estoy rellenoando esta solicitud porque yo soy...

- un nuevo solicitante
 un miembro actual: (seleccione una casilla más abajo)
 un miembro COBRA: (seleccione una casilla más abajo)
- un jubilado
 cambiando mi nombre
 18 meses
 cambiando mi dirección
 29 meses
 cambiando mis dependientes
 36 meses
 terminando mi cobertura
 Fecha de continuación del evento que me califica: _____
 debido a...
 apertura de la inscripción
 evento que me califica (matrimonio, adopción, nacimiento, pérdida de otra cobertura)

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	Posición	Fecha de contratación	

3 Mi información es...

Yo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número del seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de la casa	Ciudad/Estado/Código postal	Número de teléfono de la casa
Dirección de correo electrónico	Fecha de nacimiento / /	Nombre antiguo, si es aplicable

4 Yo quiero inscribir a mi...

Espos(a) legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar



5 Dependientes adicionales...

Niño dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar

6 Otro seguro dental que tengo...

¿Usted u otros de sus dependientes están cubiertos bajo otro plan dental?

Sí No

Si es sí, nombre del participante: _____

Nombre de la compañía: _____ Numero de la póliza: _____

7 Firmas

Por la siguiente yo estoy solicitando cobertura por medio de Willamette Dental de Idaho, Inc. para mi y los dependientes en la lista.

Yo autorizo a mi empleador a realizar las deducciones de mi nómina de mi salario o sueldo de la cantidad necesaria, si hay alguna, para cubrir mi contribución para la cobertura con Willamette Dental de Idaho, Inc. Yo autorizo a cualquier proveedor de servicios de salud para darle a Willamette Dental de Idaho, Inc., bajo solicitud, cualquier información en relación a la salud, condición, o tratamiento de cualquier persona incluida bajo dicha cobertura cuando esa información se considera necesaria para la propia disposición de un reclamo en cumplimiento de las obligaciones impuestas a Willamette Dental de Idaho, Inc. por la ley Estatal o Federal.

Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y completa hasta donde yo sé. Yo estoy de acuerdo de decirle a Willamette Dental de Idaho, Inc. de cualquier cambio en mi situación dentro de los 60 días de la fecha del cambio. Limitado a los dos años de rellenar este formulario, yo entiendo que mi cobertura es nula y se cancela si yo he ofrecido cualquier información que es falsa o engañosa sobre mi o mis dependientes en este formulario o cualquier formulario junto con este plan.

Firma del solicitante principal	Fecha de la firma
---------------------------------	-------------------

Renunciando a su seguro dental del grupo...

¿Usted desea renunciar al derecho de seguro dental del grupo ofrecido por medio de su empleador?

Sí No

Si es sí, por favor escoja más abajo para quién esta renunciando a la cobertura:

Para mi y mis dependientes Solo para mis dependientes

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____