

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

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



Favor escriba sus respuestas claramente con tinta y llene ambos lados de este formulario para así procesar su solicitud con más agilidad. Gracias.

1 Estoy llenando esta solicitud porque soy...

- nuevo solicitante
 miembro actual: (seleccione una casilla más abajo)
 miembro COBRA: (seleccione una casilla más abajo)
- 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
 Fecha de evento que me califica: _____
 evento que me califica - Tipo de evento calificativo: _____
 Fecha del evento que me califica: _____

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 de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Dirección de la casa	Ciudad/Estado/Código postal	Número de teléfono de la casa
Dirección de correo electrónico	Fecha de nacimiento / /	Nombre antiguo, si aplica

4 Quiero inscribir a mí...

Esposo(a) legal o pareja de hecho (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
	Fecha de nacimiento / / <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño/a dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño/a dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño/a dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar

5 Dependientes adicionales...

Niño/a dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar
Niño/a dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
	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: _____ 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
---------------------------------	-------------------

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, favor elija a continuación para quien está renunciando la cobertura:

Para mí y mis dependientes Solo para mis dependientes

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____