

TripleChoicePlan PROGRAMA EXCLUSIVO DE DENTAL Y DE VISIÓN



Solo Para uso de la oficina	Plan:	Group Number:
	Member Number:	Code:

- Si desea declinar esta cobertura para usted o para sus dependientes, favor de completar la area de declinación en la parte de abajo -

Información de su empleador

Marque por favor una caja solamente <input type="checkbox"/> Inscripción Inicial <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Inscripción	Fecha Efectiva:	Nombre de Compañía: (numero de división:)
	____/____/____ mes día año	Número de Cuenta:

Sección de empleado: Por favor imprima toda la información, firme y feche en la parte abajo.

Nombre del empleado:			
Dirección:	(Ciudad)	(Estado)	(Zona Postal)
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	Facsímile:	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado
	<input type="checkbox"/> Pareja Domestica	<input type="checkbox"/> Los Dependientes Eligibles: _____	
Fecha de Empleo: ____/____/____	Ocupación:	El total de horas trabajadas <input type="checkbox"/> Menos de 30 por semana: <input type="checkbox"/> Mas de 30	

Opciones de cobertura de beneficios:

Grupo Dental PPO <input type="checkbox"/> PPO 1 <input type="checkbox"/> PPO 2 <input type="checkbox"/> PPO 3 <input type="checkbox"/> EPO A <input type="checkbox"/> EPO B <input type="checkbox"/> EPO C	Visión de selección <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Plan de vision opcional * Numero de la oficina visión _____
Dental Health Services DHMO (prepagado) Plan <input type="checkbox"/> Diamante <input type="checkbox"/> Dorado <input type="checkbox"/> Esmeralda <input type="checkbox"/> Plateado <input type="checkbox"/> Bronce <input type="checkbox"/> Rubí * Numero de dentista (DHMO solamente) _____	* Si una oficina dental y de visión no es seleccionada o ya no está disponible, el plan le asignara una..

Información de su inscripción: Por favor proporcionar información de usted y de cada una de sus dependientes inscritos.

Apellido	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Estudiante *	Seguro Social	# de dentista (2/familia)	# Visión (1/familia)	Cambiar el estado de sus dependientes
Empleado		M F		n/a				<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar
Cónyugue		M F		n/a	n/a		n/a	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar
Dependiente		M F		Y N	n/a		n/a	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar
Dependiente		M F		Y N	n/a		n/a	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar
Dependiente		M F		Y N	n/a		n/a	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar

*Para todos los dependientes de 19 años o más

Yo por la presente declaro que soy un empleado de jornada completa del empleador indicado arriba y que trabajo regularmente para mi empleador por lo menos 30 horas a la semana. Adicionalmente, yo por la presente solicito los planes del beneficio del grupo para que sea o pueda llegar a ser elegible bajo las pólizas o contratos publicados por el Asegurador o Proveedor de Beneficio. Autorizo las deducciones de mis ganancias de cualquier contribución que pueda tener que hacer hacia el costo y comprendo que mi petición para beneficios de grupo incluirán esta forma o cualquier otra forma que pueda ser requerida. Toda la información dada por mí en esta forma es verdad y completa y es ofrecida como una petición de beneficio.

Firma del Empleado: X _____ Fecha: _____

Dental HMO proporcionado por Dental Health Services. DHMO Visión proporcionado por Vision Plan of America.

Declinación de Cubrimiento: complete esta sección solamente si usted esta declinando cubrimiento dental para usted o sus dependientes. Firme, ponga fecha y entregue la forma a su empleador.

Declinación de la cobertura para:	<input type="checkbox"/> Mí	<input type="checkbox"/> Cónyugue	<input type="checkbox"/> Dependiente(s)
Motivo del rechazo:	<input type="checkbox"/> Tengo cubrimiento a través del plan de seguro de mi cónyugue. Nombre de Plan: _____ <input type="checkbox"/> Otra/Explicación: _____		

Comprendo que si deseo despues inscribirme, yo debo proporcionar evidencia satisfactoria de la in segurabilidad a la Compañía de seguros o ser susceptible a beneficios limitados por un espacio de tiempo especificado. Yo también comprendo que yo no puedo tener derecho a todos los planes que mi empleador tenga disponibles.

Nombre del Empleado (Imprima): _____ Nombre de Compañía: _____

Firma del Empleado: X _____ Fecha: _____