

# Formulario de inscripción/cambio/renuncia - DeltaVision

POR FAVOR, NOTE QUE COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA LA COBERTURA.

## USO DEL EMPLEADOR SOLAMENTE

NÚMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA \_\_\_\_\_

## COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ACEPTA, CAMBIA O TERMINA LA COBERTURA

APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE	INICIAL	NSS O IDENT. ASIGNADA POR EL EMPLEADOR	FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)	GÉNERO F   M   D
DIRECCIÓN DE SU VIVIENDA - CALLE			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	FECHA DE CONTRATACIÓN (M/D/A)	

## LISTE TODOS LOS MIEMBROS ELEGIBLES DE LA FAMILIA QUE ESTARÁN CUBIERTOS

APELLIDO DEL CÓNYUGE (SI ES DIFERENTE)	NOMBRE	INICIAL	GÉNERO F   M   D			FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)
APELLIDO DEL NIÑO/DEPENDIENTE (SI ES DIFERENTE)						

## MOTIVO DE PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO

**NUEVO EMPLEADO**      **RECONTRATACIÓN** (Fecha: \_\_\_\_\_)

**¿SI ESTO ES POR UN CAMBIO, CUÁL ES LA RAZÓN?**      Fecha en que ocurrió \_\_\_\_\_

Nacimiento/adopción (Nombre: \_\_\_\_\_)      \_\_\_\_\_

Casamiento/ Divorcio      \_\_\_\_\_

Agregar/ cancelar dependiente (nombre: \_\_\_\_\_)      \_\_\_\_\_

Terminación de los beneficios (Motivo: \_\_\_\_\_)      \_\_\_\_\_

Pérdida de los beneficios de la visión      \_\_\_\_\_

Cambio de nombre (antiguo nombre: \_\_\_\_\_)      \_\_\_\_\_

Cambio de dirección ( \_\_\_\_\_)      \_\_\_\_\_

Transferencia de grupo (de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)      \_\_\_\_\_

Solicitud de COBRA      \_\_\_\_\_

## TIPO DE COBERTURA

### ¿PARA QUÉ TIPO DE COBERTURA PRESENTA LA SOLICITUD?

Empleado solamente      Empleado y cónyuge  
Empleado y niño(s)      Toda la familia

### SU ESTADO CIVIL

Soltero/a      Casado/a

Si no acepta la cobertura para su cónyuge o dependientes, ¿están cubiertos por otro plan de la visión?

Sí      No

## ACEPTO LA COBERTURA

X

Se requiere la firma

Fecha

## COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI RENUNCIA A LA COBERTURA

APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE	INICIAL	NSS O IDENT. ASIGNADA POR EL EMPLEADOR	<b>POR FAVOR, MARQUE UNO:</b>
NOMBRE DEL EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	Tengo cobertura a través de mi cónyuge
				Tengo otra cobertura de la visión
				I do not have other vision coverage

**RENUNCIA A LA COBERTURA**      X

Se requiere la firma

Fecha

### Aceptación de la cobertura

Acepto el seguro provisto por el plan de seguro grupal de mi empleador. Autorizo las deducciones de mis ingresos para las contribuciones requeridas para el costo del seguro. (Esta autorización se aplica solamente si se requieren las contribuciones del empleado.) Entiendo que al aceptar el seguro, se requiere que mantenga la inscripción como empleado cubierto y que no puedo hacer un cambio electivo en la cobertura seleccionada hasta el próximo período de inscripción abierta, si el Acuerdo Maestro para Proveer Beneficios de la Visión incluye uno.

### Renuncia de la cobertura

Entiendo que si decido no presentar la solicitud de cobertura o si solamente presento la solicitud para la cobertura como soltero a pesar de ser elegible para la cobertura familiar, cualquier solicitud posterior estará sujeta a los términos y condiciones correspondientes del Acuerdo Maestro para Proveer Beneficios de la Visión, que podría requerir limitaciones adicionales y períodos de espera. También entiendo que Delta Dental of Wisconsin, Inc. se reserva el derecho de rechazar dicha solicitud.