



Formulario de Inscripción de Doble Opción para California

Por favor seleccione uno de los siguientes planes dentales:

Plan cuota-por-servicio

- ☐ Delta Dental Premier®
☐ Delta Dental PPO

Para uso interno únicamente: Cuota-por-servicio
Número de grupo/empleador: _____
Número de identificación: _____
Fecha de alta: _____

Plan DHMO prepagado:

- ☐ DeltaCare® USA
Usted debe seleccionar un dentista de red para este plan
Nombre del consultorio dental: _____
Código de identificación numérico del consultorio (obligatorio): _____

Para uso interno únicamente: Prepagado
Número de grupo/empleador: _____
Número de identificación: _____
Fecha de alta: _____

Fecha de inicio del empleo: _____

- Clasificación del empleado:
☐ Tiempo completo
☐ Tiempo parcial
☐ Empleado asalariado
☐ Empleado por hora
☐ Certificado
☐ Clasificado
☐ Jubilado
☐ COBRA

Número de división de grupo: _____ Nombre del grupo: Bradshaw International

Información del afiliado primario:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad, estado y código postal: _____
Número de teléfono particular: (____) _____
Dirección de correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ ☐ Masculino ☐ Femenino
Número de seguro social: _____
Nombre del establecimiento de la red (para uso de Delta únicamente) _____
Número del establecimiento de la red (para uso de Delta únicamente) _____

Acción solicitada:

- ☐ Nueva inscripción
☐ Agregar dependiente
☐ Eliminar dependiente
☐ Cambiar nombre
☐ Cambiar domicilio
☐ Corregir número de seguro social
☐ Inscripción en Cobra

☐ Inscripción en COBRA únicamente

Entiendo que el empleador puede solicitarme que abone los beneficios de COBRA.
Nota: Si inscribe un dependiente con el número de seguro social (SSN) de éste, se deberá suministrar el número de seguro social del afiliado original.
SSN del afiliado primario: _____
Fecha de cumplimiento de requisitos: ____/____/____
Motivo de cumplimiento de requisitos: _____

Estado civil:

- ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Concubino/a
☐ Divorciado/a ☐ Separado/a
¿Tiene hijos dependientes?
☐ Sí ☐ No
¿Su cónyuge tiene plan dental?
☐ Sí ☐ No
¿Quién recibe cobertura a través de su cónyuge?
☐ Usted ☐ Cónyuge ☐ Hijos dependientes
En caso de Delta Dental, indique el número de grupo: _____

Información de dependiente:

Cónyuge/concubino/a								Para afiliados a DeltaCare USA únicamente:	
Nombre (nombres y apellido)	Código*	SSN del cónyuge	Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Fecha de matrimonio/divorcio	M	F	Nombre del consultorio dental	Código de identificación del consultorio dental
Hijo(s):								Nombre del establecimiento de la red	Número del establecimiento de la red
Nombre (nombres y apellido)	Código*	SSN del cónyuge	Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Si tiene 19 años o más, indicar: Estudiante a tiempo completo Discapitados	M	F	Nombre del consultorio dental	Código de identificación del consultorio dental
_____	_____	_____	_____	_____	☐ ☐	☐	☐	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	☐ ☐	☐	☐	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	☐ ☐	☐	☐	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	☐ ☐	☐	☐	_____	_____

*Códigos de vínculo familiar: Cónyuge – SP Concubino – DP Hijo – CH Hijo de concubino – CD Otro adulto – OA Otro hijo – OC

Entiendo que el empleador puede solicitarme que abone estos beneficios y los de mis dependientes. Acepto continuar con la afiliación al programa seleccionado arriba durante mi período de empleo y mientras el programa esté en vigencia. Acepto cumplir con las condiciones del contrato del grupo.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____