

Por favor, seleccione el tipo de inscripción directa que desea: Individual

- Debe residir en el estado de Oklahoma para inscribirse
- Debe ser mayor de 18 años para inscribirse
- Familiar

Este producto no es asegurado

GRUPO#/SUBGRUPO#

CÓDIGO DE LOCALIZACIÓN

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Empresa: _____

Información de Inscripción: <i>(favor llenar a bolígrafo para actualizaciones de inscripción/elegibilidad)</i>				
APELLIDO		NOMBRE		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE CONTRATACIÓN FULL-TIME	FECHA DE VIGENCIA	
DIRECCIÓN				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	MARQUE AQUÍ SI ESTA DIRECCIÓN ES <input type="checkbox"/>	

EMAIL: _____

Tipo de Actualización de Inscripción		FECHA DE VIGENCIA ACTUALIZACIÓN/CAMBIO/CULMINACIÓN:		
TIPO DE ACTUALIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN NUEVA <input type="checkbox"/> RESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/> EVENTO CALIFICADO <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA <input type="checkbox"/> CULMINACIÓN A PARTIR DE _____		<input type="checkbox"/> CAMBIO DE ESTADO DE INSCRIPCIÓN ACTUAL A: <input type="checkbox"/> SUBSCRIPTOR <input type="checkbox"/> DEPENDIENTES MOTIVO DEL CAMBIO: <input type="checkbox"/> DIVORCIO <input type="checkbox"/> MATRIMONIO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE NOMBRE <input type="checkbox"/> ADOPCIÓN/ GUARDA Y CUSTODIA <input type="checkbox"/> OTRO: _____		

ATENCIÓN: Cualquier persona que, a sabiendas y con intenciones de perjudicar, estafar o engañar a una compañía aseguradora proporcione información falsa en este formulario y solicite el procesamiento de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de delito grave.

Al marcar esta casilla como afiliado, usted confirma su consentimiento explícito con respecto a la recopilación, el uso, la divulgación, el mantenimiento, el almacenamiento y la eliminación de la información médica protegida del cliente y la información de identificación personal por parte de Delta Dental of Oklahoma, tal como se describe en la Política de privacidad del formulario de registro en línea en DeltaDentalOK.org/PrivacyPolicyPDN, o por correo postal si se solicita, y el Aviso de prácticas de privacidad de Delta Dental of Oklahoma disponible en DeltaDentalOK.org/HIPAANoticePDN, o por correo postal si se solicita.

Mediante la firma del presente formulario, acepto continuar con el proceso de inscripción según lo estipulado en el contrato entre mi Empresa y Delta Dental de Oklahoma, y Reconozco haber leído la política de privacidad que se encuentra detallada a través de los enlaces de arriba.

Firma del Suscriptor: _____ Fecha: _____

Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información antes de completar el otro lado de este formulario. Usted deberá llenar esta planilla para inscribirse a una cobertura o para actualizar/cambiar cualquier información suministrada en una inscripción anterior. Si tiene alguna duda acerca de la información solicitada, el área de recursos humanos o el departamento de personal puede ayudarle.

Información de Inscripción – Esta sección debe ser completada para poder procesar su inscripción o actualizar sus datos. Toda la información suministrada en esta sección debe ser sobre usted, es decir, el suscriptor primario. Por favor, escriba claramente en tinta.

Fecha de Contratación Full-time: La fecha en que usted fue contratado en su empresa.

Fecha de Vigencia: La fecha en que la cobertura de Delta Dental entra en vigencia para usted (y/o sus dependientes, si aplica).

Información de Actualización de Inscripción/Elegibilidad – Esta sección solo deberá completada si al menos uno (1) de los siguientes es verdadero:

- Usted desea inscribirse a sí mismo o a un miembro familiar por primera vez
- Sus beneficios culminaron y no han sido restaurados
- Necesita realizar cambios en su información de inscripción

Inscripción Nueva: Para realizar por primera vez una inscripción para usted o sus dependientes elegibles.

Restablecimiento: Para realizar el restablecimiento de cobertura para usted o sus dependientes elegibles.

Culminación: Únicamente para culminar con la cobertura de Delta Dental para usted o un miembro familiar.