



# Actualización de Inscripción/Elegibilidad

**TIPO DE PLAN:**  
(SEGÚN LO ESTABLECIDO  
ENTRE EL CLIENTE Y  
DELTA DENTAL)

- DELTA DENTAL PPO
- DELTA DENTAL PPO - PREVENTIVE PLUS
- DELTA DENTAL PPO - PLUS PREMIER
- DELTA DENTAL PPO - PLUS PREMIER "ELITE"
- DELTA DENTAL PREMIER
- DELTA DENTAL PREMIER - CHOICE
- DELTA DENTAL PPO - CHOICE
- DELTA DENTAL PPO - CHOICE ADVANTAGE
- DELTA DENTAL PPO - POINT OF SERVICE

Empresa: \_\_\_\_\_

GRUPO#/SUBGRUPO#

CÓDIGO DE LOCALIZACIÓN

**Subscriber Information:** (please complete in ink for enrollment/eligibility updates)

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (APELLIDO)		(NOMBRE)		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE CONTRATACIÓN FULL-TIME	FECHA DE VIGENCIA DE COBERTURA	ESTADO <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Otro: _____
DIRECCIÓN				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI ESTA DIRECCIÓN ES NUEVA	

EMAIL: \_\_\_\_\_

**Información de Actualización de Inscripción/Elegibilidad**    FECHA DE VIGENCIA ACTUALIZACIÓN/CAMBIO/CULMINACIÓN (DD/MM/YYYY):

TIPO DE ACTUALIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN NUEVA <input type="checkbox"/> RESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA <input type="checkbox"/> ELECCIÓN COBRA <input type="checkbox"/> CULMINACIÓN DE BENEFICIOS <input type="checkbox"/> CULMINACIÓN DE USO A PARTIR DE: _____	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE ESTADO DE INSCRIPCIÓN ACTUAL A: <input type="checkbox"/> SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> DEPENDIENTES REASON FOR CHANGE: <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: _____
TRANSFERENCIA DE GRUPO-GRUPO#/SUBGRUPO#	A: GRUPO#/SUBGRUPO#
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Información de Actualización de Inscripción/Elegibilidad del Dependiente:** (favor completar para cónyuge o hijo dependiente para actualización de inscripción/elegibilidad).

CÓNYUGE (APELLIDO)	(NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO
HIJO DEPENDIENTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO

**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.

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 en el reverse de este formulario.

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/PrivacyPolicyGroupSpanish](http://DeltaDentalOK.org/PrivacyPolicyGroupSpanish), o por correo postal si se solicita, y el Aviso de prácticas de privacidad Delta Dental of Oklahoma disponible en [DeltaDentalOK.org/HIPAANotice](http://DeltaDentalOK.org/HIPAANotice), o por correo postal si se solicita.

Firma del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_