



# Formulario de afiliación de Delta Dental

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA.

ASEGÚRESE DE LLENAR TODA LA SOLICITUD PARA ASEGURAR LA AFILIACIÓN

Delta Dental of Massachusetts  
P.O. Box 2907  
Milwaukee, WI 53201-2907

Servicio al cliente 617-886-1234  
Fax de afiliaciones 617-886-1293

Línea gratuita 800-872-0500

1. NOMBRE DEL GRUPO*:	2. FECHA DE VIGENCIA*:	3. NÚMERO DE GRUPO*:	
4. APELLIDO *(Suscriptor):		5. NOMBRE*:	
6. NO. DE SEGURO SOCIAL*:	7. FECHA DE NACIMIENTO*:		8. SEXO*:
9. DIRECCIÓN RESIDENCIAL*:	10. CIUDAD*:	11. ESTADO*:	12. CÓDIGO POSTAL*:
13. TELÉFONO DEL HOGAR:	14. TELÉFONO CELULAR:	15. CORREO ELECTRÓNICO:	

\*Campos requeridos. Si NO llena estos campos, Delta Dental of Massachusetts no podrá iniciar su cobertura.

ANOTE TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES CUBIERTOS POR SU PÓLIZA			
16. NOMBRE	17. APELLIDO (si difiere del suscriptor)	18. FECHA DE NACIMIENTO	19. SEXO
CÓNYUGE			
HIJOS			
20. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS			
¿Está <input type="checkbox"/> usted o <input type="checkbox"/> cualquier otro familiar cubierto por otro plan dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Si contesta "Sí", indique el nombre de la persona cubierta _____.			
OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL:	NOMBRE DEL EMPLEADOR:	NO. DE ID. DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	FECHA DE VIGENCIA:
21. ¿Está <input type="checkbox"/> usted o <input type="checkbox"/> cualquier otro familiar cubierto por otro plan médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Si contesta "Sí", indique el nombre de la persona cubierta _____.			
OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO:	NOMBRE DEL EMPLEADOR:	NO. DE ID. DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	FECHA DE VIGENCIA:

Certifico que, hasta donde yo sé, toda la información es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en permitir que Delta Dental me comunique información relacionada con mi plan y asuntos de salud dental mediante la información de contacto proporcionada. Igualmente entiendo que la fecha de vigencia y la fecha de terminación de mi afiliación serán determinadas por mi empleador o patrocinador del plan de acuerdo con las directrices de asegurabilidad de Delta Dental of Massachusetts. Adicionalmente, si mi empleador requiere contribuciones de los empleados para esta cobertura, autorizo la deducción de la cantidad correspondiente de mi salario.

22. Firma del suscriptor\* \_\_\_\_\_ Fecha\* \_\_\_\_\_ Autorización del administrador de beneficios\* \_\_\_\_\_ Fecha\* \_\_\_\_\_

\*Campos requeridos.

## RAZÓN DE LA SOLICITUD (MARQUE UNA)

- Nueva adición
- Terminación
- Reincorporación
- Retirar dependiente \_\_\_\_\_ nombre
- Cambio de nombre
- Cambio de dirección
- Transferencia de lugar \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Cambio de estado
- COBRA
- Restitución del suscriptor
- Transferencia a lugar COBRA \_\_\_\_\_

