

**DELTA DENTAL OF IDAHO**  
 PO Box 2870; Boise, ID 83701  
 (208) 489-3582

# Forma de Inscripción/Cambio

Forma de inscripción: Secciones I-III completas     Forma para cambio: Secciones I-III completas

## I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (LETRA DE IMPRENTA)

Nombre	(Inicial)	(Apellido)	Número de suscriptor o # de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección postal (Calle o Ruta)			Ciudad, Estado, Código postal		
Teléfono #:	Empleo de tiempo completo desde:	# horas trabajadas/semana:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		
Dirección de e-mail:		¿Desea obtener electrónicamente su EOB? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<small>Delta Dental of Idaho no vende, comparte ni renta a terceros la información personal.</small>	
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado + un (1) hijo <input type="checkbox"/> Empleado + dos (2) o más hijos <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge + uno (1) o más hijos					
Nombre del empleador:		Para uso del empleador	Número de grupo:	Fecha en vigor:	

## II. INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (Enumere a todos los miembros de la familia que desee inscribir)

<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Eliminar	Relación con el solicitante	Nombre del dependiente (nombre, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de suscriptor o # de Seguro Social
		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

## III. OTRA COBERTURA DENTAL (no se requiere la información sobre cobertura médica)

¿Usted o sus dependientes tienen cobertura dental en otro plan de beneficios?    Sí    No    *De ser sí, llene esta sección*

Nombre de la persona cubierta	Nombre de la empresa de la persona cubierta	Relación con usted	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Nombre del proveedor del seguro dental		Dirección del proveedor del seguro dental	
		Grupo de la persona cubierta #	

¿Usted y sus dependientes arriba mencionados están en el plan?    Sí    No    De ser No, mencione a los dependientes en la cobertura.

## IV. SOLICITUDES DE CAMBIO

Cambio en inscripción actual por:    Pérdida de la cobertura anterior    Matrimonio    Divorcio    Nacimiento    Muerte    Otro \_\_\_\_\_    Fecha en que ocurrió el evento \_\_\_\_\_

Cambio de mi dirección a: \_\_\_\_\_

Cambio de mi nombre de: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente solicito la cobertura de grupo para la cual soy elegible y autorizo la divulgación de mis registros a Delta Dental of Idaho. Entiendo que el llenado de este formulario no garantiza la elegibilidad y la cobertura comenzará cuando se apruebe la documentación necesaria.**

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_