



Formulario de inscripción/cambio en el plan grupal: **Delta Dental Plan of New Mexico**
Envíe una copia electrónica de su formulario completo por correo electrónico a groupadmin@deltadentalnm.com.

Parte A1: Información del empleado/empleador		
Primer nombre:	Seleccione lo que corresponda: ☐ Inscribirse ☐ Darse de baja ☐ Nueva contratación ☐ Inscripción inicial/abierta ☐ Cambio de estado - Fecha: _____ ☐ Inscribirse en COBRA ☐ Jubilado/a ☐ Renunciar (Complete la Parte D)	Dirección postal: ¿Cambio de dirección? ☐ S ☐ N
Apellido: Segundo nombre:		Ciudad:
Fecha de nacimiento:	Fecha de contratación:	Estado:
Número del seguro social:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad:	Código postal:
Nombre del grupo:		Correo electrónico:
Nombre del grupo secundario:		Teléfono:
Parte B1: Información de dependientes (para dependientes adicionales, complete el reverso).		
Primer nombre:	Relación: ☐ Cónyuge/ ☐ Pareja doméstica	
Apellido: Segundo nombre:	☐ Inscribirse en el plan dental ☐ Darse de baja del plan dental ☐ Inscribirse en COBRA	
Fecha de nacimiento:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad: _____	
Número del seguro social:		
Primer nombre:	Relación: ☐ Hijo/a ☐ ¿Hijo/a mayor? (Adjunte los documentos de respaldo)	
Apellido: Segundo nombre:	☐ Inscribirse en el plan dental ☐ Darse de baja del plan dental ☐ Inscribirse en COBRA	
Fecha de nacimiento:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad: _____	
Número del seguro social:		
Primer nombre:	Relación: ☐ Hijo/a ☐ ¿Hijo/a mayor? (Adjunte los documentos de respaldo)	
Apellido: Segundo nombre:	☐ Inscribirse en el plan dental ☐ Darse de baja del plan dental ☐ Inscribirse en COBRA	
Fecha de nacimiento:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad: _____	
Número del seguro social:		
Primer nombre:	Relación: ☐ Hijo/a ☐ ¿Hijo/a mayor? (Adjunte los documentos de respaldo)	
Apellido: Segundo nombre:	☐ Inscribirse en el plan dental ☐ Darse de baja del plan dental ☐ Inscribirse en COBRA	
Fecha de nacimiento:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad: _____	
Número del seguro social:		
Parte C1: Firma para inscripción, cambio de estado y preferencias de comunicación		
Si me inscribo, acepto pagar la contribución requerida según lo establecido en el Contrato de seguro dental grupal, así como reembolsar de inmediato todo pago de beneficios al que yo o mis dependientes no tuviéramos derecho. Certifico que la información que se incluye en este formulario es verdadera y correcta a mi saber y entender. Reconozco que Delta Dental puede usar mi número de teléfono y correo electrónico para comunicaciones y encuestas de calidad. Puedo editar mis preferencias de comunicación en el Portal para miembros en cualquier momento. <u>CUALQUIER PERSONA QUE, CONSCIENTEMENTE, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE, CONSCIENTEMENTE, PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, SE CONSIDERARÁ CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES O SANCIONES PENALES.</u>		
Firma:	Fecha:	
Parte D: Exención de cobertura (firme aquí solo si renuncia a la cobertura de Delta Dental).		
Por el presente rechazo la cobertura porque: ☐ Tengo otra cobertura dental. Aseguradoras actuales: _____ ☐ Otro motivo de renuncia: _____ Comprendo que la inscripción futura en un plan para mí o mis dependientes está sujeta a los requisitos de elegibilidad del plan dental de mi empleador. Comuníquese con el administrador de su plan grupal para saber si habrá un período de inscripción abierta para el plan en el futuro.		
Firma:	Fecha:	

Parte A2: Información del empleado (para dependientes adicionales, complete a continuación).	
Primer nombre:	Apellido: Segundo nombre:
Parte B2: Dependientes adicionales - Información de dependientes	
Primer nombre:	Relación: ☐ Hijo/a
Apellido: Segundo nombre:	☐ Inscribirse en el plan dental ☐ Darse de baja del plan dental
Fecha de nacimiento:	☐ Inscribirse en COBRA
Número del seguro social:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad: _____
Primer nombre:	Relación: ☐ Hijo/a
Apellido: Segundo nombre:	☐ Inscribirse en el plan dental ☐ Darse de baja del plan dental
Fecha de nacimiento:	☐ Inscribirse en COBRA
Número del seguro social:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad: _____
Primer nombre:	Relación: ☐ Hijo/a
Apellido: Segundo nombre:	☐ Inscribirse en el plan dental ☐ Darse de baja del plan dental
Fecha de nacimiento:	☐ Inscribirse en COBRA
Número del seguro social:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad: _____
Primer nombre:	Relación: ☐ Hijo/a
Apellido: Segundo nombre:	☐ Inscribirse en el plan dental ☐ Darse de baja del plan dental
Fecha de nacimiento:	☐ Inscribirse en COBRA
Número del seguro social:	Fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad: _____
Parte C2: Firma para la inscripción, cambio de estado e información de contacto.	
Si me inscribo, acepto pagar la contribución requerida según lo establecido en el [Contrato de seguro dental grupal], así como reembolsar de inmediato todo pago de beneficios al que yo o mis dependientes no tuviéramos derecho. Certifico que la información que se incluye en este formulario es verdadera y correcta a mi saber y entender. Reconozco que Delta Dental puede usar mi número de teléfono y correo electrónico para comunicaciones y encuestas de calidad. Puedo editar mis preferencias de comunicación en el Portal para miembros en cualquier momento.	
<u>CUALQUIER PERSONA QUE, CONSCIENTEMENTE, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE, CONSCIENTEMENTE, PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, SE CONSIDERARÁ CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES O SANCIONES PENALES.</u>	
Firma:	Fecha: