DELTA DENTAL

Servicio al cliente: 800-872-0500
Correo electrónico: enrollment@deltadentalma.com

Delta Dental of Massachusetts
PO Box 75688
Seattle, WA 98175

Formulario de afiliación de Delta Dental

ASEGÚRESE DE LLENAR TODA LA SOLICITUD PARA ASEGURAR LA AFILIACIÓN

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 ☐ usted o ☐ cualquier otro familiar cubierto por otro plan dental? ☐ No ☐ 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 ☐ usted o ☐ cualquier otro familiar cubierto por otro plan médico? ☐ No ☐ 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*

*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 _____

Envíe el formulario completo por correo a: Delta Dental of Massachusetts, PO Box 75688, Seattle, WA 98175 o correo electrónico: enrollment@deltadentalma.com