

Dentales Formulario inscripción de socios

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado:		Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social / /	
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
				Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado legalmente <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (Mes-Día-Año) / /
Dirección Del empleado:	Dirección			Número de teléfono de la casa		Número de teléfono del trabajo
	Ciudad			Estado	Código postal	

PARTE B - INFORMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Elija el tipo de cobertura (Marque una casilla solamente):		Complete si múltiples el opciones se ofrecen
<input type="checkbox"/> Empleado solamente*	<input type="checkbox"/> Sin cobertura*	
<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge	*Si renuncia a la cobertura para el empleado y/o para cualquier miembro de la familia que cumpla con los requisitos, debe completar la Parte D.	<input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C <input type="checkbox"/> Plan D
<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) a cargo		
<input type="checkbox"/> Familia		

PARTE C - INFORMACIÓN DE LA PERSONA A CARGO

Relación con el empleado	Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido (Incluya el apellido sólo si es diferente al del empleado)	Sexo		Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	¿Estudiante a tiempo completo?	¿Soltero?
Cónyuge		M	F	/ /		
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE D - RENUNCIAR A COBERTURA

¿Tiene (el empleado) otra cobertura odontológica? Sí No Las personas que usted tiene a cargo, ¿tienen otra cobertura odontológica? Sí No Nombre de la compañía _____ Póliza/Nro. de identificación _____

Renuncio el alcance para yo mismo y/o para mis dependientes y entiendo que renunciando el alcance, si o enteramente o parcialmente pagado por mi empleador, que renuncio el derecho de cambiar esta selección a menos que permitido en los requisitos de la participación del contrato del grupo y restricciones de matriculación. Anthem Blue Cross and Blue Shield se reservas el derecho a declinar cualquier otro cambio de inscripción.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

Yo me matriculo y/o mis dependientes y autorizo las deducciones de nomina, si aplicable. Cualquier persona que astutamente y con las intención para defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona archiva una aplicación para el seguro o la declaración de contener de reclamo cualquier información materialmente falsa u oculta para los propósitos de descaminar, la información con respecto a cualquier materia del hecho a eso comete un acto fraudulento, que es un crimen y sujeta tal a persona al criminal y penas civiles.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

PART E - GROUP ENROLLMENT INFORMATION - ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR

<input type="checkbox"/> New Group Hire Date: ____/____/____ Prior Coverage Start Date (if applicable): ____/____/____ Coverage Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Rehire Date Lay Off Began: ____/____/____ Date Rehired: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Existing Anthem Dental Group Hire Date: ____/____/____ Prior Coverage Start Date (if applicable): ____/____/____ Coverage Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Return from Leave of Absence Date Leave Began: ____/____/____ Date Returned to Work: ____/____/____
<input type="checkbox"/> New Hire - Apply Probationary Period (if applicable) to determine Effective Date Hire Date: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Employee Change Part Time to Full Time Date of Status Change: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Open Enrollment Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Previously Waived Coverage or Loss of Coverage Qualifying Event Reason: _____ Hire Date: ____/____/____ Event Date: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____
Group Name: _____	Group & Subgroup Numbers: _____
Group Representative's Signature: _____	Date: _____ Phone Number: () _____

Instrucciones para completar el formulario de inscripción de socios

- Review Parts A, B, C, and D to be sure all information is complete, accurate and legible.
- When reporting effective dates use contractual start and stop guidelines as defined in your contract (i.e., first of month, end of month, or actual dates).

Employer Complete Part: E - Group Enrollment Information

- Check one reason for enrollment and provide requested information including coverage effective dates.
- **New Group** – New customer initial employee enrollment. Complete the Prior Coverage Start Date if your plan benefits include waiting periods and credit for prior creditable coverage applies.
- **Existing Dental Group** – Enrolling additional employees from an acquisition/merger who were not previously offered/enrolled in your dental plan. Complete the Prior Coverage Start Date only if your plan benefits include waiting periods and credit for prior creditable coverage applies.
- **New Hire** – Enroll newly hired employee. If a probationary period applies, the coverage effective date is after the probationary period.
- **Open Enrollment** – An employee is enrolling during group's open enrollment period.
- **Rehire** – A former employee was rehired.
- **Return From Leave of Absence** – An employee is returning from leave of absence.
- **Employee Status Change** – The employee's employment status changed and the employee is now eligible for dental benefits.
- **Previously Waived Coverage or Loss of Coverage** – If an employee waives coverage; he/she can only enroll at a later date if the group contract includes an Open Enrollment period or if the individual has a loss of other insurance coverage. If an employee or dependent involuntarily loses coverage and are now eligible to enroll, complete this section.
- **Group Name** – Provide group name as listed in your contract.
- **Group and Subgroup Number** – Provide applicable numbers for individual employee.
- **Group Representative** – Sign, date, and provide your phone number.

• Send Completed Form To:

Anthem
Attention: Dental Enrollment Department
PO Box 1193
Minneapolis MN 55440-1193