

ENROLLMENT / CHANGE FORM (Formulario de Inscripción / Cambio)

 NEW GROUP / Grupo Nuevo

 NEW EMPLOYEE / Empleado Nuevo

 CHANGE / Cambio

GROUP NUMBER Número de Grupo:		ENROLLMENT DATE Fecha de Efectividad:		
** SOC. SEC. / Seg. Soc.	LAST NAME / Apellido	FIRST NAME / Nombre	BIRTH DATE / Fecha Nac. MM/DD/YY	GENDER / (Género) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
POSTAL ADDRESS / Dirección Postal		CITY / Pueblo	State PR	ZIP CODE
Email / Correo Electrónico		Phone / Teléfono		
COMPANY NAME / Nombre de la Compañía		PLEASE INDICATE IF YOU OR ANY OF YOUR DEPENDENTS ARE COVERED BY ANOTHER DENTAL PLAN / Favor de indicar si usted o alguno de sus dependientes está cubierto por otro Plan Dental. <input type="checkbox"/> YES / Sí <input type="checkbox"/> NO / No		
** DATE HIRED / Fecha comienzo	OCCUPATION / Ocupación			
STATUS / Estatus <input type="checkbox"/> SINGLE / Soltero <input type="checkbox"/> MARRIED / Casado <input type="checkbox"/> DIVORCED / Divorciado		NAME OF THE MAIN INSURED UNDER OTHER DENTAL PLAN NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL BAJO OTRO PLAN DENTAL _____ ** SOCIAL SECURITY / SEGURO SOCIAL		
LEGAL SPOUSE / Cónyuge Legal				
LAST NAME (IF DIFFERENT) Apellido (Si es diferente)	FIRST NAME Nombre	INITIAL Inicial	GENDER / Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	BIRTH DATE / Fecha de Nacimiento MM/DD/YY
*** ELIGIBLE DEPENDENTS / Dependientes Elegibles				
3.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
5.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
6.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
7.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

REASON FOR CHANGE / Razón para cambio:

NOTE: PLEASE INDICATE TYPE OF CHANGE

Nota: Favor indicar tipo de cambio

 ADDRESS CHANGE
Cambio de Dirección

 ***BIRTH / ADOPTION (DATE) _____**
Nacimiento / Adopción

 ***DEATH (DATE) _____**
Muerte

 ***ELIMINATE DEPENDENTS (Effective Date) _____**
Eliminar Dependientes

 ***ADD DEPENDENTS (Effective Date) _____**
Añadir Dependientes

 REINSTALLMENT (Effective Date) _____
Reinstalación

 OTHER (Explain) / Otros (Explicar) _____

* SUPPORTING DOCUMENTS MUST BE SUBMITTED / Incluir evidencia correspondiente

** REQUIRED: INTERNAL USE ONLY / Requerido para uso interno solamente.

*** ALL IN ACCORDANCE WITH THE AGE LIMITATION SPECIFIED IN THE POLICY. / Todos conforme a los límites de edad estipulados en la póliza.

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos (2) años.

Any person who knowingly and with the intention to defraud presents false information in an insurance application or, who presents helps or has a fraudulent claim presented for the payment of a loss or other benefit, or presents more than one claim for the same loss or damage, will incur in a felony and if convicted, will be sanctioned for each violation with a fine of no less than five thousand (\$5,000) dollars or no more than ten thousand (\$10,000) dollars or imprisonment by the fixed term of three years, or both punishments. With aggravating circumstances the fixed term of the punishment could go up to five (5) years; with mitigating circumstances the punishment could be reduced to a minimum of two (2) years.

I CERTIFY THAT THE INFORMATION CONTAINED IN THIS FORM IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY ABILITY.
Certifico por la presente que la información suministrada es correcta a mi mejor entender.

SIGNATURE / Firma

DATE / Fecha