

Employee Enrollment Form

Use the Employee Enrollment Form to collect first time employee and dependent information. For existing member changes, please use the Employee Change Form.

I am eligible for enrollment based on a qualifying life event.

- New Hire Marriage Open Enrollment
 Divorce/Legal Separation/Annulment PT to FT Employment Loss of Other Coverage

Date of event _____

Plan/Coverage – Confirm available options with your employer. Select all that apply.

Requested Dental Plan <input type="checkbox"/> Copay <input type="checkbox"/> PPO R&C <input type="checkbox"/> High Deductible Plan <input type="checkbox"/> PPO MAC	Dual Option (PPO) <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Low	Network <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Platinum
Requested Vision Plan <input type="checkbox"/> Vis 6 <input type="checkbox"/> Vls 8 <input type="checkbox"/> Vis 12 <input type="checkbox"/> Vis 21 <input type="checkbox"/> Other _____		

Must Be Completed in Full - PLEASE PRINT

First Name	Last Name	M.I.
Address		
City	State	Zip Code
Phone # <input type="checkbox"/> OK to Text	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	
Email Address		
SSN	Marital Status <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Effective Date (MM/DD/YYYY)	Date of Hire (MM/DD/YYYY) (Required)	
Group Number	Subgroup/Department	
Name of Employer		
Employer's Address		

Individuals Covered – List individuals and select plan options for whom you are enrolling

<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision	Spouse Name (Last, First, M.I.)	
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision	Dependent Name (Last, First, M.I.)	
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision	Dependent Name (Last, First, M.I.)	
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision	Dependent Name (Last, First, M.I.)	
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision	Dependent Name (Last, First, M.I.)	
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth

For additional dependents, attach separate sheet.

Authorization of Coverage

Check here to waive if no coverage is desired

Check here to waive if you have additional coverage through another policy

I understand my information is protected by privacy laws and will be released only in accordance with these laws. The only people who have access to this information are employees of the Insurance Company who service my policy or claims and other third parties authorized by the Insurance Company. Information may be disclosed to those who have an insurance-related regulatory or legal need for the information. In other situations, We will ask you for written authorization to disclose information about you.

The Spanish version is provided only as a courtesy and the English language version will be the presiding version in the case of a dispute or complaint. (La versión en español que se proporciona es un servicio de cortesía y la versión en inglés es la que regirá en caso de existir una disputa o queja.)

WARNING: IT IS A CRIME TO PROVIDE FALSE OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURER FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING THE INSURER OR ANY OTHER PERSON. PENALTIES INCLUDE IMPRISONMENT AND/OR FINES. IN ADDITION, AN INSURER MAY DENY INSURANCE BENEFITS IF FALSE INFORMATION MATERIALLY RELATED TO A CLAIM WAS PROVIDED BY THE APPLICANT.

Fraud Warning for Texas Applicants: WARNING: WARNING: ANY PERSON WHO KNOWINGLY, AND WITH INTENT TO DEFRAUD OR DECEIVE US OR ANY OTHER PERSON, MAKES A REQUEST FOR INSURANCE CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION MAY BE GUILTY OF A CRIME.

I agree and understand that if my employer is contributing towards the cost of any of the insurance products I have chosen to decline, I will not be entitled to any compensation for my non-participation.

The certificate provides limited benefits. Review your certificate carefully.

Signature _____

Date _____



Formulario para la Inscripción del Empleado

DentalSelect

Utilice este formulario para recopilar la información que necesita sobre el nuevo empleado y las personas que están a su cargo. En caso de querer realizar alguna modificación en una persona ya inscrita, debe utilizar el formulario de cambios en la información del empleado.

Soy elegible para la inscripción debido a una de las siguientes razones:

- Nueva contratación
 Matrimonio
 Periodo abierto para la inscripción
 Divorcio/Separación legal/Disolución
 Empleo de TP a TC
 Pérdida de otro tipo de cobertura

Fecha del evento _____

Cobertura/plan: confirme las opciones disponibles con su empleador. Seleccione las opciones que correspondan.

Plan dental solicitado	Alternativa dual (PPO)	Red
<input type="checkbox"/> Copay <input type="checkbox"/> PPO R&C <input type="checkbox"/> High Deductible Plan <input type="checkbox"/> PPO MAC	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Platinum
Plan para la vista solicitado	<input type="checkbox"/> Vis 6 <input type="checkbox"/> Vis 8 <input type="checkbox"/> Vis 12 <input type="checkbox"/> Vis 21 <input type="checkbox"/> Otro _____	

Debe completar TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA. UTILICE LETRA DE MOLDE LEGIBLE.

Nombre	Apellido	Inicial del 2.º nombre
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Residencial <input type="checkbox"/> Puede recibir mensajes de texto	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Correo electrónico		
Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Vigencia (MM/DD/AAAA)	Fecha de Contratación (Obligatorio) (MM/DD/AAAA)	
Número de Grupo	Número de Departamento/Subgrupo	
Nombre Completo del Empleador		
Domicilio del Empleador		

Personas Cubiertas – Haga una lista de las personas a su cargo y elija el plan que quiere para ellos.

<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista	Nombre del Cónyuge (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista	Nombre de la persona a su cargo (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista	Nombre de la persona a su cargo (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista	Nombre de la persona a su cargo (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista	Nombre de la persona a su cargo (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento

Para agregar a más personas que se encuentran a su cargo, adjunte otra hoja.

Autorización de Cobertura/Cambio

- Marque esta opción si no desea tener cobertura.
 Marque esta opción si cuenta con la cobertura de otra póliza.

Entiendo que las leyes de privacidad protegerán mi información personal y que esta se divulgará únicamente en función de sus disposiciones. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información son los trabajadores de la compañía de seguros que administran mi póliza de seguro o reclamaciones, así como terceros autorizados por la compañía de seguros. Además, la información puede darse a conocer a aquellos que tengan una necesidad vinculada con seguros reglamentarios o jurídicos para dicha información. En otras situaciones, le pediremos a usted una autorización por escrito para divulgar su información personal.

La versión en español que se proporciona es un servicio de cortesía y la versión en inglés es la que regirá en caso de existir una disputa o queja. (The Spanish version is provided only as a courtesy and the English language version will be the presiding version in the case of a dispute or complaint.)

ADVERTENCIA: ES UN DELITO PROPORCIONAR, A SABIENDAS, INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A UN TERCERO. LAS PENAS INCLUYEN LA RECLUSIÓN Y/O MULTAS. ADEMÁS, UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS PUEDE NEGAR CUALQUIER BENEFICIO DE COBERTURA SI EL SOLICITANTE PRESENTA INFORMACIÓN FALSA VINCULADA SUSTANCIALMENTE CON UNA RECLAMACIÓN.

Advertencia de fraude para los solicitantes en Texas: ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONAL Y DELIBERADAMENTE NOS ESTAFE O NOS ENGAÑE, O ESTAFE O ENGAÑE A UN TERCERO, O SOLICITE UN SEGURO CON INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O CONFUSA, PUEDE SER CULPABLE DE UN DELITO.

Entiendo y acepto que, si mi empleador paga por cualquiera de los productos que ofrece el seguro y que he decidido rechazar, no tendré derecho a indemnización alguna por mi falta de interés.

El certificado proporciona beneficios limitados. Revise cuidadosamente su certificado.

Firma del Empleador (Obligatorio) _____

Fecha _____

2020 ENR.01.9000216 06/20

