



COVERAGE SELECTED: (Select One Plan Only)

Group Enrollment Or Waiver Form

PLEASE PRINT IN BLACK INK

REIMBURSEMENT - Ameritas Life Insurance Corp.

PRE-PAID - Dental Office Selected # (You may be transferred to the nearest provider if your selected provider receives an insufficient enrollment or is no longer a participant in the program.)

COBRA-If the individual is a COBRA continuee: QUALIFYING EVENT DATE OF EVENT

You Must Complete

POLICY AND DIV# CERTIFICATE/MEMBER # DEPT. # NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER (Policyholder) EMPLOYEE LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL EMPLOYEE HOME ADDRESS CITY STATE ZIP HOME PHONE # SOCIAL SECURITY # DATE OF BIRTH FULL-TIME EMPLOYMENT DATE REHIRE REHIRE DATE

To Enroll

SALARY (EXCLUDING OVERTIME, COMMISSION, ETC) \$ PER: HOUR WEEK MONTH YEAR JOB TITLE AVERAGE HOURS WORKED PER WEEK MARITAL STATUS: SINGLE MARRIED DIVORCED WIDOWED SPOUSE'S DATE OF BIRTH DEPENDENTS TO BE INSURED (Employee must be enrolled to cover dependents): (0) None (1) Spouse Only (2) Spouse and Child(ren) (3) Child(ren) only - No. of Children

LIST ALL ELIGIBLE DEPENDENTS THAT YOU WISH COVERED

Table with columns: Name (Last Name, First Name, Middle Initial), Relationship to Employee (Spouse, Child, Other), Sex (M, F), Birth Date (Mo., Day, Yr.), Social Security Number

IF VISION COVERAGE IS OFFERED, DO YOU WANT VISION COVERAGE? EMPLOYEE YES NO DEPENDENTS YES NO ARE YOU COVERED FOR DENTAL INSURANCE UNDER ANOTHER PLAN? EMPLOYEE YES NO DEPENDENTS YES NO

To Waive

IF YOU DO NOT WANT COVERAGE, COMPLETE THE WAIVER SECTION. THE WAIVER MAY NOT BE ALLOWED FOR THIS PLAN, CHECK WITH YOUR EMPLOYER. I have been given an opportunity to apply for Group insurance offered by my employer, and have decided not to accept the offer for: myself my dependents because Name of Insurance Co. & Employer of Dependent Should I desire to apply for the reimbursement dental insurance in the future, I realize that a "late entrant" penalty may be applied.

POLICYHOLDER'S STATEMENT

The date of employment, job title, hours worked and salary have been verified as being correct according to the Policyholder's records.

By for the Policyholder

I hereby apply for, or waive (if indicated), group insurance, for which I am eligible or may become eligible. If contributions are required, I authorize my employer to deduct premiums from my salary.

Employee Signature (Do Not Print)

Date Signed

Note for California Residents: California law prohibits an HIV test from being required or used by health insurance companies as a condition of obtaining health insurance coverage. Note for Florida Residents: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

DO NOT COMPLETE AREAS BELOW

Table with columns: CODE, Rec. Code, Effective Date, Class, Dep. Code

EMPLOYEE LATE ENTRANT DATE DEPENDENT LATE ENTRANT DATE



# Formulario de enrolamiento en el grupo o de renuncia al enrolamiento

COBERTURA SELECCIONADA: (Seleccione un plan solamente)

SIRVASE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE USANDO TINTA NEGRA

REEMBOLSO – Ameritas Life Insurance Corp.

PRE-PAGADO – Consultorio dental seleccionado N° \_\_\_\_\_ (Usted puede ser transferido al proveedor más cercano si su proveedor seleccionado recibe un enrolamiento insuficiente o si ya no participa en el programa.)

“COBRA” – Si el individuo es continuado en “COBRA”  
ACONTECIMIENTO CALIFICANTE \_\_\_\_\_  
FECHA DEL ACONTECIMIENTO \_\_\_\_\_

Debe completar esta sección

N° DE POLIZA Y DIVISION \_\_\_\_\_ N° DE CERTIFICADO/MIEMBRO \_\_\_\_\_ N° DE DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR (ASEGURADO) \_\_\_\_\_

APELLIDO DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION PERSONAL DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

CUIDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ N° DE TELEFONO PRIVADO \_\_\_\_\_

N° DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  VARON  MUJER

FECHA DE EMPLEO DE TIEMPO COMPLETO \_\_\_\_\_  REEMPLIO FECHA DE REEMPLIO \_\_\_\_\_

Para enrolarse

SALARIO (CON EXCLUSION DE HORAS EXTRAS, COMISIONES, ETC.) \$ \_\_\_\_\_ POR:  HORA  SEMANA  MES  AÑO

POSICION \_\_\_\_\_ PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  SOLTERO/A  CASADO/A  DIVORCIADO/A  VIUDO/A FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA ESPOSO/A \_\_\_\_\_

**DEPENDIENTES A ASEGURAR (El empleado debe estar enrolado para poder cubrir a los dependientes)**

(0)  Ninguno (1)  Esposo/a solamente (2)  Esposo/a e hijo(s) (3)  Hijo(s) solamente – N° de hijos \_\_\_\_\_

**HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS DEPENDIENTES**

**ELEGIBLES QUE DESEA CUBRIR**

Nombre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Parentesco con el empleado			Sexo		Fecha de nacimiento			N° de seguro social
	Esposo/a	Hijo/a	Otro/a	M	F	Mes	Día	Año	

¿SI SE OFRECE COBERTURA DE VISION, DESEA ESTA COBERTURA? EMPLEADO:  SI  NO DEPENDIENTE(S):  SI  NO

¿ESTA CUBIERTO POR UN SEGURO DENTAL BAJO OTRO PLAN? EMPLEADO:  SI  NO DEPENDIENTE(S):  SI  NO

Para renunciar a la cobertura

SI NO DESEA COBERTURA, COMPLETE LA SECCION DE RENUNCIA. TAL VEZ NO SE LE PERMITA RENUNCIAR A ESTE PLAN; VERIFIQUE CON SU EMPLEADOR

Se me ha dado oportunidad de solicitar el Seguro de Grupo ofrecido por mi empleador y he decidido no aceptar la oferta para:

Mí  Mis dependientes

Porque \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros y del empleador del dependiente \_\_\_\_\_

En caso de que yo deseara solicitar reembolso por cobertura dental en el futuro, reconozco que tal vez se me aplique una penalidad por “entrada tardía”.

**DECLARACION DEL ASEGURADO**

La fecha de empleo, la posición, las horas de trabajo y el salario han sido verificados como siendo correctos de acuerdo con la documentación en poder del Empleador.

Por \_\_\_\_\_  
*Por el Empleador*

Por la presente solicito o renuncio (si está indicado) el seguro de grupo para el cual soy elegible o puedo volverme elegible. Si es necesario hacer contribuciones, autorizo a mi empleador a deducir de mi salario las primas correspondientes.

\_\_\_\_\_

*Firma del empleado (No use letras de molde)*

\_\_\_\_\_

*Fecha en que se ha firmado*

Nota para Residentes de California: La ley de California prohíbe que las compañías de seguros médicos requieran o utilicen pruebas de VIH como condición para obtener cobertura médica. Nota para residentes de Florida: Cualquier persona que a sabiendas y con el intento de dañar, defraudar o engañar a un asegurado, entable un reclamo o una aplicación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un crimen (delito mayor) del tercer grado.

**NO COMPLETE LAS AREAS A CONTINUACION**

Código	Código Reg.	Fecha de vigencia	Clase	Código dep.					
	<b>21</b>								

FECHA DE ENTRADA TARDIA DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA TARDIA DEL DEPENDIENTE \_\_\_\_\_