



FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS ALBAÑILES DEL CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA

Bldv. Dublín 4160, Suite 100

Dublín, CA 94568

Teléfono: (707) 864-3300 o (888) 245-5005

Dirección de Correo Electrónico: nccmenrollment@hsba.com

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

HCID: HA

CÓDIGO DE ELEGIBILIDAD/NÚM. DE GRUPO:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PLANES DENTALES PARA ACTIVOS Y RETIRADOS

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Imprima o escriba solo con tinta negra)

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE: PRIMER	SEGUNDO	APELLIDO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (no Apartado Postal)		CIUDAD	ESTADO
CÓDIGO POSTAL			
NÚM. DE TELÉFONO	SINDICATO LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
()		DÍA MES AÑO	☐ MASCULINO
			☐ FEMENINO
			ESTADO CIVIL
			☐ SOLTERO
			☐ CASADO

OPCIONES DE PLANES DENTALES

IMPORTANTE: Usted y sus Personas dependientes deben estar inscritos en el mismo Plan dental. Marque sólo una casilla.

☐ **Delta Dental.** Puede acudir a cualquier dentista, pero los gastos de su bolsillo serán menores si acude a un dentista participante de Delta Dental.

☐ **DeltaCare USA.** Debe seleccionar un Consultorio Dental del Directorio de Consultorios Dentales Participantes de Delta Care:

Nombre del Consultorio Dental: Centro Nro.:

☐ **UnitedHealthcare Dental.** Debe seleccionar un dentista o grupo dental del Directorio de Proveedores Dentales de UnitedHealthcare:

Nombre del Dentista: Nro. del Dentista:

INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS DEPENDIENTES (Enumere a todas las personas dependientes que reúnan los requisitos para ser inscritos. Utilice el reverso de la página si necesita más espacio).

NOMBRE E INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE AL DEL EMPLEADO)	FECHA DE NACIMIENTO D/M/A	RELACIÓN DE LA PERSONA A CARGO	USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO
1.		CÓNYUGE	
2.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
3.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
4.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
5.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE

Entiendo que una vez que haya seleccionado un Plan, no podré cambiar a otro Plan hasta la próxima Afiliación Abierta. Acepto las prestaciones, deducciones, copagos, exclusiones y demás condiciones del contrato de grupo del Plan. Su solicitud no será aceptada sin su firma. Devuelva este formulario de afiliación a la Oficina del Fondo.

Importante: Si se inscribe en DeltaCare USA o UnitedHealthcare Dental, cualquier disputa que pueda surgir entre usted y el Plan Dental estará sujeta a arbitraje vinculante.

Fecha: Firma del Participante:

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor, no escriba en este espacio)

☐ NUEVO EMPLEADO	☐ INSCRIPCIÓN ABIERTA	OBSERVACIONES:
☐ COBRA - FECHA DEL EVENTO CALIFICADOR		FECHA: POR: