



PLEASE PRINT

Contract Number		Effective Date
<input type="checkbox"/> New Enrollment	<input type="checkbox"/> Change Address <i>(Complete Sections 1, 2, 3, 9)</i>	<input type="checkbox"/> Name Change <i>(Complete Sections 1, 2, 9)</i>
<input type="checkbox"/> Cancel Coverage	<input type="checkbox"/> Add Dependent(s) <i>(Complete Sections 1, 2, 9, 11)</i>	Former Name: _____
<input type="checkbox"/> COBRA Enrollment	<input type="checkbox"/> Delete Dependent(s) <i>(Complete Sections 1, 2, 9, 11)</i>	<input type="checkbox"/> Change Dental Office <i>(Complete Sections 1, 2, 3, 4, 9)</i>
(1) Employer / Company Name		Date Employed (mm/dd/yyyy)
(2) Your Name (Last, First, Middle Initial)		(7) Home Telephone
(3) Mailing Address, City		Zip Code
(4) Dental Office Selection For You And Your Enrolled Dependents:		(8) Work Telephone
3-Digit Code	Name of Office	(9) Social Security #
(5) Do You Wish To Cover Your Eligible Dependents? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		(10) Date of Birth (mm/dd/yyyy)
(6) Total No. Of Dependents To Enroll		Sex
		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

(11) LIST ALL ELIGIBLE DEPENDENTS YOU WISH TO ENROLL: Attach additional cards if necessary			
Last Name (if different) Spouse	First Name	Initial	Date of Birth
1. Child			
2. Child			
3. Child			
4. Child			

Eligibility: Eligible dependents will include lawful spouse and unmarried children to age 19, or any unmarried children to age 25, who attend an accredited educational institution on a full time basis and are fully dependent on employee for support or as stated in the employer's master contract. Participants may add dependents midyear if a marriage occurs. Participants may add dependents at date of employer group open enrollment. Dependent newborns or adopted children or children placed for adoption will be eligible immediately upon birth or upon adoption or placement for adoption. All newly eligible dependents must be added within 31 days of change. Dependent children must be deleted when they are no longer eligible.

Benefits are available at your selected contracted dental facility ONLY.

I hereby apply for coverage under EMPLOYERS DENTAL SERVICES for which I am now entitled or may become entitled under the provisions of the Master Agreement. I authorize deductions from my earnings at the required contributions towards the cost of the coverage. I certify that I am eligible to participate and that the above information is correct. I authorize any dentist or other dental care provider to furnish any representative of Employers Dental Services any and all records pertaining to dental history, services, or treatment of anyone enrolled for purposes of review, investigation, or evaluation of an application or claim. A photocopy of this authorization shall be valid as the original. This authorization shall remain valid for so long as my coverage remains in force. My authorized representative or myself are entitled to receive a copy of the authorizations form.

(Date) _____ (Signature) _____



FAVOR DE IMPRIMIR

No. de Contrato		Fecha de Vigor	
<input type="checkbox"/> Inscripción Nueva	<input type="checkbox"/> Cambio de Domicilio O Teléfono (Complete No. 1, 2, 3, 9)	<input type="checkbox"/> Cambio de Estado Familiar (Complete No. 1, 2, 9)	
<input type="checkbox"/> Cancelación de Inscripción	<input type="checkbox"/> Agregar Dependiente(s) (Complete No. 1, 2, 9, 11)	Nombre Anterior: _____	
<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Cancelar Dependiente(s) (Complete No. 1, 2, 9, 11)	<input type="checkbox"/> Cambio de Oficina Dental (Complete No. 1, 2, 3, 4, 9)	
(1) Empleador		Fecha de Empleo	(7) Numero de Teléfono
(2) Apellido / Nombre / Inicial			(8) Numero de Teléfono de Trabajo
(3) Domicilio, Ciudad		Código Postal	(9) Numero de Seguro Social
(4) Selección de oficina Dental para Ud. y sus dependientes:			(10) Fecha de Nacimiento
Codido (3 numeros)		Nombre de Oficina _____	
(5) ¿Desea cubrir sus dependientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		(6) ¿Numero de Dependientes?	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
(11) ENSCRIBA A LOS DEPENDIENTES QUE GUSTE CUBRIR EN EL PLAN DENTAL: Para dependientes adicionales, complete otra forma			
Apellido Esposo (a)	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento
1. Hijo (a)			
2. Hijo (a)			
3. Hijo (a)			
4. Hijo (a)			

Elegibilidad: Dependientes elegibles incluirán su cónyuge legal e hijos no casados hasta la edad de 19 años, o cualquier hijo no casado hasta la edad de los 25 años, quienes asisten a una institución educativa acreditada a tiempo completo y que son completamente dependientes al empleado para apoyo o tal como se indica en el contrato original del empleador. Los participantes pueden incluir dependientes a mitad de año si toma lugar un matrimonio. Los participantes pueden añadir dependientes en la fecha de la inscripción abierta del grupo del empleador. Dependientes recién nacidos o hijos adoptivos o hijos puestos para adopción serán elegibles inmediatamente al nacer en la fecha de adopción o de la petición de adopción. Todos los nuevos dependientes elegibles deben de ser inscritos dentro de 31 días del cambio. Hijos dependientes deben de ser excluidos una vez que ya no sean elegibles.

Los beneficios son disponibles SOLAMENTE en las oficinas dentales contratadas por EDS.

Yo aplico para cobertura bajo EMPLOYERS DENTAL SERVICES por lo cual se me autoriza u autorizara de recibir servicios, bajo las provisiones del Contrato Original. Yo autorizo que me descuenten de mi ingreso las contribuciones requeridas para el costo de la cobertura. Yo certifico que soy elegible para participar y que la información indicada anteriormente es correcta. Yo autorizo cualquier dentista u otro proveedor dental a proporcionar a un representante de Employers Dental Services cualquier documentos perteneciendo a la historia, servicios o tratamientos dentales míos o de mis dependientes para el propósito de repasar, investigar o evaluar cualquier aplicación o reclamo. Una copia de esta autorización es valida como la original. Esta autorización será valida por el tiempo que mi cobertura esta en vigor. Yo o un representante autorizado tiene el derecho a recibir una copia de esta forma de autorización.

(Fecha) _____ (Firma) _____