

Imprima y complete todas las secciones. Enviar a: enrollment@cypressadmin.com

Nombre del grupo	Departamento/Ubicación	Número de grupo	Fecha de contratación	Fecha de vigencia/cambio			
INFORMACIÓN DEL EMPLEADO <input type="checkbox"/> Solicitar/Añadir (inscribir) <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambiar (cambio de nombre, dirección, teléfono o cobertura)							
Primer nombre	Inic. 2.º	Apellido					
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de nacimiento	Número de la seguridad social					
Dirección del hogar							
Ciudad			Estado	Código postal			
Celular ()		Teléfono del trabajo ()		SOLO DHMO Centro n.º			
Correo electrónico							
INFORMACIÓN FAMILIAR AÑAD = Solicitar/Añadir (inscribir) FIN = Finalizar CAMB = Cambiar (cambio de nombre, dirección, teléfono o cobertura) Para agregar más dependientes, use una hoja aparte con su firma y fecha.							
<input type="radio"/> AÑAD <input type="radio"/> FIN <input type="radio"/> CAMB	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre (cónyuge o pareja de hecho)	Inic. 2.º	Apellido	Fecha de nacimiento	Discapacidad <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	SOLO DHMO Centro n.º
<input type="radio"/> AÑAD <input type="radio"/> FIN <input type="radio"/> CAMB	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre (dependiente)	Inic. 2.º	Apellido	Fecha de nacimiento	Discapacidad <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	SOLO DHMO Centro n.º
<input type="radio"/> AÑAD <input type="radio"/> FIN <input type="radio"/> CAMB	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre (dependiente)	Inic. 2.º	Apellido	Fecha de nacimiento	Discapacidad <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	SOLO DHMO Centro n.º
<input type="radio"/> AÑAD <input type="radio"/> FIN <input type="radio"/> CAMB	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre (dependiente)	Inic. 2.º	Apellido	Fecha de nacimiento	Discapacidad <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	SOLO DHMO Centro n.º
<input type="radio"/> AÑAD <input type="radio"/> FIN <input type="radio"/> CAMB	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre (dependiente)	Inic. 2.º	Apellido	Fecha de nacimiento	Discapacidad <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	SOLO DHMO Centro n.º
COBERTURA SELECCIONADA: Deseo elegir la(s) siguiente(s) cobertura(s):							
		DENTAL PPO	DENTAL DHMO	NINGUNA	VISIÓN	Compruebe si su empleador compró servicios de visión de Cypress	
Solo empleado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Empleado + cónyuge (o Emp.+1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Empleado + niño(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Empleado + familia (o Emp.+2 o más)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Renunciado por otra cobertura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Renunciar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Declaro que, a mi leal saber y entender, he respondido de manera veraz y completa la información solicitada en esta solicitud y en el reverso de esta solicitud. Entiendo que Cypress Dental se reserva el derecho de rescindir o cancelar la cobertura en el caso de que hubiera hecho declaraciones falsas en esta solicitud con la intención de engañar o que tales declaraciones tengan un efecto sustancial en la cobertura o la prima de la póliza.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

Arbitraje vinculante obligatorio: Cypress Dental resuelve las disputas mediante el arbitraje vinculante, incluso para resolver reclamos por negligencia en prácticas dentales. El asegurado entiende y acepta que, en caso de surgir una disputa en relación con esta póliza, las partes renuncian al derecho a un juicio con jurado o ante un tribunal, y que deberán resolver la disputa a través de un arbitraje vinculante llevado a cabo de acuerdo con las reglas de arbitraje comercial de la Asociación Estadounidense de Arbitraje. Si surgiera una disputa de este tipo, tanto Cypress Dental como el asegurado acuerdan que todo reclamo debe realizarse de modo individual, y no como demandante o miembro de clase en ningún tipo de procedimiento colectivo o representativo. El certificado de seguro de Cypress Dental contiene una disposición que desarrolla este tema más detalladamente. Cypress Dental no utiliza el arbitraje vinculante en disputas que involucren la cobertura de seguro de vida de un asegurado.

AVISO DE ADVERTENCIA DE FRAUDE

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está propiciando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude de seguros. Una declaración falsa en la solicitud de cualquier póliza cubierta por esta sección no impedirá el derecho a la recuperación bajo la póliza, a menos que dicha declaración falsa se haya hecho con la intención real de engañar o que afecte materialmente la aceptación del riesgo o el peligro asumido por el asegurador. Para su protección, la ley de California requiere que en este formulario se indique lo siguiente: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida será culpable de delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.