

Imprima y Todas las Secciones Envía a: enrollment@cypressadmin.com

Nombre del Grupo	Departamento	Numero del Grupo	Fecha de Empleo	Dia Efectivo/Cambio
------------------	--------------	------------------	-----------------	---------------------

INFORMATION DE EMPLEADO	<input type="checkbox"/> Aplicar/Agregar (enroll)	<input type="checkbox"/> Terminar	<input type="checkbox"/> Cambiar (cambio de nombre, direccion, telefono or cobertura)
--------------------------------	---	-----------------------------------	---

Nombre de Pila	Segundo Nombre	Apellido
----------------	----------------	----------

Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguridad Social
---	---------------------	----------------------------

Direccion de Casa		
-------------------	--	--

Ciudad	Estado	Zip
--------	--------	-----

Numero Celular ()	Number del Trabajo ()
--------------------	------------------------

Direccion de Email		
--------------------	--	--

INFORMATION DE FAMILIA	ADD = Aplicar/Agregar (enroll)	TERM = Terminar	CHG = Cambiar (cambio de nombre, direccion, telefono or cobertura)
Para mas dependientes, use una hoja de papel separada, firmada y fechada.			

<input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> TERM <input type="checkbox"/> CHG	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Nombre de Pila (esposo/a-Socio Domestico)	SN	Apellido	Fecha de Nacimiento	Desventaja <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	DHMO ONLY Atencion Primaria #
<input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> TERM <input type="checkbox"/> CHG	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Nombre de Pila (esposo/a-Socio Domestico)	SN	Apellido	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	DHMO ONLY Atencion Primaria #
<input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> TERM <input type="checkbox"/> CHG	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Nombre de Pila (esposo/a-Socio Domestico)	SN	Apellido	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	DHMO ONLY Atencion Primaria #
<input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> TERM <input type="checkbox"/> CHG	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Nombre de Pila (esposo/a-Socio Domestico)	SN	Apellido	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	DHMO ONLY Atencion Primaria #
<input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> TERM <input type="checkbox"/> CHG	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Nombre de Pila (esposo/a-Socio Domestico)	SN	Apellido	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	DHMO ONLY Atencion Primaria #

COBERTURA ELEGIDA: Elijo la siguiente Cobertura:

	DENTAL PPO	DENTAL DHMO	VISION
Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado + Esposo/a (or EE+1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado + Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado/a + Familia (or EE+2 or more)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renunciado/a Debido a Otra Cobertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renunciado/a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A mi leal saber y entender, he respondido de manera veraz y completa la información solicitada en esta solicitud, incluida la información en el reverso de esta solicitud. Entiendo que Cypress Dental se reserva el derecho de rescindir o finalizar la cobertura si hice declaraciones falsas en esta solicitud con la intención de engañar o eso tiene un efecto material en la cobertura y / o prima de la póliza.

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

Arbitraje obligatorio obligatorio: Cypress Dental utiliza el arbitraje obligatorio para resolver disputas, incluso para resolver reclamos de negligencia dental. El asegurado comprende y acepta que, si surge una disputa en relación con esta política, las partes renuncian al derecho a un jurado o juicio judicial y deben resolver la disputa mediante un arbitraje vinculante celebrado de acuerdo con las reglas de arbitraje comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. En caso de que surja una disputa de este tipo, tanto Cypress Dental como el asegurado acuerdan que cualquier reclamo debe llevarse a cabo en la capacidad individual de la parte, y no como demandante o miembro de la clase en ningún supuesto procedimiento de clase o representante. El Certificado de seguro dental de Cypress contiene una disposición que aborda este problema. Cypress Dental no utiliza arbitraje vinculante en relación con cualquier disputa relacionada con la cobertura de seguro de vida de un asegurado.

AVISO DE ADVERTENCIA DE FRAUDE

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o saber que él o ella está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o presenta un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros. La falsedad de cualquier declaración en la solicitud de cualquier política cubierta por este capítulo no impedirá el derecho de recuperación bajo la política a menos que dicha declaración falsa se haya hecho con la intención real de engañar o a menos que haya afectado materialmente la aceptación del riesgo o el peligro, asumido por la aseguradora. Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.