



Effective Date / Fecha Efectiva de Cambio Preferred Language / Idioma Preferido

Employee information / Información del empleado

Name/Nombre Social Security # # Seguro Social
Address/Dirección Date of Hire/Fecha de Emplea
City/Ciudad State/Estado Zip Code/Zona Postal
Phone Number/Número de Teléfono Email
Plan Type/Selección de su Plan Prepaid Reimbursement PPO EPO COBRA

Company information / Información de su empleador

Company Name/Nombre de la Compañía
Group Number/Numero de Grupo Phone/Teléfono
Address/Dirección
City/Ciudad State/Estado Zip Code/Zona Postal
Fax/Facsimile Email/Correo Electrónico

Enrollment Information / Información de su plan

Employee only Employee + spouse Employee + spouse + children Employee + children
Empleado Empleado + conyuge Empleado + conyuge + hijos Empleado + hijos

Dependent information / Información de sus dependientes

Last name/ First name/ M.I./ Sex/ Date of birth/ Relationship/ Dentist # /
Apellido Nombre I Sexo Fecha de nacimiento Relación # de dentista

I hereby request coverage and authorize payroll deductions (if applicable) from my earnings for any contributions required for a minimum of one year. Authorization is granted to release my patient history to Dental Health Services, consulting health professional, or other entity designated or approved by Dental Health Services for the purpose of certifying, purchasing, providing, evaluating, or administering benefits. This authorization remains in effect until revoked by me in writing. / En representación de mí mismo y de mis dependientes elegibles, por la presente solicito cobertura dental que he indicado de Dental Health Services y que me fuera ofrecido a traves de mi empleador. Coincido las deducciones en la nómina (si aplica) de mi salario para la contribución adecuada el minimo de un año. Coincido dar la autorización para conceder información relacionada con mi historia médica a Dental Health Services, consultante profesional medica u otra entidad aprobada por Dental Health Services para el propósito de certificar, evaluar o administrar beneficios. Esta autorización es efectiva hasta que sea revocada por mi escrito.

Employee signature/Firma del empleado Date/Fecha

Official Use Only
Authorized by Group Number Date