



Please contact KelseyCare Advantage if you need information in another language or format (Braille).
 Por favor contáctese con KelseyCare Advantage si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

To Enroll in Optional Supplemental Dental Benefits, Please Provide the Following Information:
Para registrarse en Beneficios Suplementarios Opcionales, por favor proporcione la información a continuación:

Please select the optional supplemental benefit you want added to your plan.
 Por favor seleccione el beneficio suplementario opcional que usted desea que se agregue a su plan.

Available only with the Core (HMO Plan) / Disponible solo con Core (Plan HMO)

UHC Dental Plan (Optional Supplemental Dental Benefit Plan) - \$22.50 per month			
Plan Dental UHC (Plan de Beneficios Dentales Suplementarios Opcionales) - \$22.50 por mes			
LAST Name/APELLIDO:	FIRST Name/NOMBRE:	MI/Inicial Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Mr./Sr. <input type="checkbox"/> Mrs./Sra. <input type="checkbox"/> Ms./Srta.
Birth Date/Fecha: (__/__/____) M M D D Y/A Y/A Y/A Y/A	Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Home Phone: Number/Teléfono:	Alternate Phone Number Número alternativo:
Permanent Residence Street Address/Dirección de domicilio permanente (P.O. Box is not allowed/No se permiten casillas postales):			
City/Ciudad:		State/Estado:	ZIP Code/Código postal:
Mailing Address/Dirección postal (Only if different from your Permanent Residence Address/Solo si es diferente a la dirección de domicilio permanente):			
City/Ciudad:		State/Estado:	ZIP Code/Código postal:
Email Address/Dirección de correo electrónico:			
Please Provide Your KelseyCare Advantage (KCA) Plan Information: Por favor proporcione la información de su Plan de KelseyCare Advantage (KCA):			
KCA ID Number/Número de identificación KCA:		KCA Effective Date/Fecha efectiva KCA:	

Paying Your Plan Premium

Plan Premium: Enrollment in this Optional Supplement Dental Benefit plan is optional and includes a \$22.50 premium per month.

KelseyCare Advantage Enrollees: You can pay your monthly plan premium by mail or “Electronic Funds Transfer (EFT)” each month. You can also choose to pay your premium by automatic deduction from your Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check each month.

If you don't select a payment option, you will get a bill each month.

Please select a premium payment option:

	Get a bill
	<p>Electronic funds transfer (EFT) from your bank account each month. Please enclose a VOIDED check or provide the following:</p> <p>Bank Name: _____ Account Type: _____ Checking _____ Saving _____</p> <p>Bank routing number: _____ Bank account number: _____</p>
	<p>Automatic deduction from your monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check. I get monthly benefits from: _____ Social Security _____ RRB</p> <p>(The Social Security/RRB deduction may take two or more months to begin after Social Security or RRB approves the deduction. In most cases, if Social Security or RRB accepts your request for automatic deduction, the first deduction from your Social Security or RRB benefit check will include all premium due from your acceptance date into the supplemental benefit. You will receive a bill each month and remain responsible for your monthly premium up to the Social Security/RRB acceptance date. If Social Security or RRB does not approve your request for automatic deduction, we will send you a paper bill for your monthly premiums.)</p>

Signature: _____	Today's Date: _____
<p>If you are the authorized representative, you must sign above and provide the following information:</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Phone Number: (____) _____ - _____ Relationship to Enrollee: _____</p>	

Pagando la Prima de su Plan

Prima del Plan: El registro en este plan de Beneficios Dentales Suplementarios Opcionales es opcional e incluye una prima de \$22.50 por mes.

Personas registradas en KelseyCare Advantage: Usted puede pagar la prima mensual de su plan por correo o por Transferencia Electrónica de Fondos cada mes. Usted también puede escoger pagar su prima cada mes por deducción automática de su cheque de beneficio de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Si no selecciona una opción de pago, usted recibirá una factura cada mes.

Por favor seleccione una opción de pago de la prima:

	Recibir una factura
	<p>Transferencia Electrónica de Fondos de su cuenta bancaria cada mes. Por favor adjunte un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:</p> <p>Nombre de Banco: _____ Tipo de Cuenta: _____ Corriente _____ de Ahorros _____</p> <p>Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____</p>

Deducción automática de su cheque mensual de beneficio de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Yo recibo beneficios mensuales de: _____ **Seguro Social** _____ **Junta de Retiro Ferroviario**

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su beneficio del Seguro Social o la RRB El cheque incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de aceptación en el beneficio suplementario. Recibirá una factura cada mes y seguirá siendo responsable de su prima mensual hasta la fecha de aceptación del Seguro Social/RRB. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud. Deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en el espacio arriba indicado y proporcionar la información a continuación:

Nombre: _____ **Dirección:** _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ **Relación con la persona registrada:** _____