



Universal Care®

Healthcare you can feel good about.

1600 East Hill Street
Signal Hill, CA 90806-3682
800. 635. 6668
www.universalcare.com

Dental Plan

Enrollment Form/Formulario de Inscripción

for office use only

Group No. _____

Plan _____

Effective Date _____

PLEASE PRINT

Name/Nombre: _____
Last/Apellido First/Nombre MI

Soc Sec No/Número del Seguro Social: _____

Address/Domicilio: _____
Street/Domicilio City/Ciudad State/Estado Zip/Zona Postal

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____ mm/dd/yy Male/Masculino Female/Femenino Phone/Teléfono: _____

Date of Hire/Fecha de contratación: _____ Employer/Empleador: _____ Location/Localidad: _____

ELIGIBLE DEPENDENTS TO BE COVERED IN ADDITION TO YOURSELF/SEGURO DE SALUD ADICIONAL

Spouse/Cónyuge: _____ SS# _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Child/Niño: _____ SS# _____ _____ / _____ / _____

Child/Niño: _____ SS# _____ _____ / _____ / _____

Child/Niño: _____ SS# _____ _____ / _____ / _____

Child/Niño: _____ SS# _____ _____ / _____ / _____

Participating Dentist/Nombre del dentista: _____ Dentist Number/Número de identificación del dentista: _____

Signature of Applicant/Firma: _____ Date/Fecha: _____