

Actualización de la inscripción/elegibilidad

Tipo de plan: (según lo establecido entre el Empleador y Delta Dental)

- Delta Dental Premier® Voluntary Plan Achieve Plan
 Delta Dental PPO Exclusive Panel Option (EPO) Small Group Plan



- Nueva inscripción Renuncia de cobertura Cambio de cobertura Activo/a Retirado COBRA

DATOS DEL EMPLEADO (Favor de imprimir o escribir en letra de molde toda la información solicitada)

Empleador:		N° de grupo:		N° de subgrupo:		
N° de la Seguridad Social:		Fecha de nacimiento:		Fecha de empleo:		
Apellidos:		Nombres:				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Calle:		Ciudad:		Estado:		
				Código postal:		

CAMBIO DE LA ELEGIBILIDAD EXISTENTE (Indique que el Tipo de Actualización/Cambio Debajo)

Favor de indicar **CAMBIO DE FECHA DE VIGENCIA:** Mes: Día: Año:

<input type="checkbox"/> Cambio de nombre (señalado arriba) <input type="checkbox"/> Cancelación de cobertura <input type="checkbox"/> Terminación de empleo <input type="checkbox"/> Restablecimiento de cobertura (ver al reverso) <input type="checkbox"/> Cambio de dirección (señalada arriba) <input type="checkbox"/> Elección de COBRA (indicar fecha de inicio en la línea de arriba) <input type="checkbox"/> Inscripción tardía (si aplica) <input type="checkbox"/> Cambio de estado civil <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Suprimir al dependiente(s) <input type="checkbox"/> Agregar * <input type="checkbox"/> Suprimir al estudiante de jornada completa	<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Cesión de elegibilidad <input type="checkbox"/> De media a jornada completa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Agregar niño minusválido* <input type="checkbox"/> Transferirse a N° de grupo/subgrupo ____	Otro motivo de cambio: _____ Selección de cobertura: <input type="checkbox"/> Empleado únicamente <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado, cónyuge e hijo(s)
---	--	--

***Se debe presentar la documentación legal junto con el formulario de inscripción para realizar el cambio.**

POR FAVOR ESCRIBA TODOS LOS DEPENDIENTES - Se requiere rellenar todos los campos

Agregar	Eliminar	Apellido:	Nombres:	N° de seguro social	Fecha de nacimiento	M	F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tiene que agregar más dependientes, por favor use un formulario de inscripción adicional.
 Entiendo que es probable que los términos del contrato entre Delta Dental y mi empresa no concedan la inscripción tardía de mis dependientes. El contrato puede permitir la inscripción tardía, pero puede requerir períodos de espera o limitaciones adicionales.

Firma de Empleado _____ Fecha _____

Es ilegal proveer, a sabiendas, datos falsos, incompletos, o hechos engañosos a Delta Dental de Colorado con la intención de estafar o intentar estafar a Delta Dental. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Reporte a la División de Seguros de Colorado cualquier compañía o agente de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos falsos, incompletos o erróneos a los participantes de Delta Dental, para fines de defraudar a los participantes de los beneficios del seguro.

Esta sección es para uso exclusivo de Delta Dental únicamente.

Delta Dental of Colorado
 4582 S Ulster St Ste 800
 Denver CO 80237-2567

Telephone: 303-741-9300 ext 3200
 Toll Free: 800-233-0860 Fax:
 303-773-3880

<i>The Section below is for Delta Dental use only.</i>		
Group#	Effective Date:	Billing Code:

Por favor lea cuidadosamente la información siguiente antes de completar el reverso de este formulario. Deberá llenar el mismo si se inscribe en la cobertura o cambia cualquier dato de una inscripción anterior. Si tiene cualquier pregunta sobre cómo rellenar este formulario, su departamento de recursos humanos o el representante de personal puede ayudarle.

Definiciones de las categorías

Las definiciones de las categorías aparecen en lo alto del formulario de inscripción. Por favor marque la casilla apropiada en cada sección:

Nueva inscripción: Marque esta casilla si es la primera vez que se inscribe o inscribe a sus dependientes.

Renuncia de cobertura: Marque esta casilla si rehúsa la cobertura dental. Por favor note que no todos los planes permiten la renuncia de la cobertura y algunos planes pueden multar por la inscripción tardía.

Cambio de cobertura: Si está haciendo cambios a la información de su inscripción existente, por favor marque esta casilla y complete la información apropiada bajo el formulario: Cambio de Elegibilidad Actual.

Complete también lo siguiente:

Activo: Usted es un suscriptor actual/activo.

Retirado: Usted está retirado y su grupo le sigue proporcionando beneficios dentales.

COBRA: Usted ha dejado de ser suscriptor activo, pero sigue pagando independientemente por la cobertura de COBRA.

Número de grupo/Número de subgrupo

Por favor registre el número de grupo de Delta Dental que corresponde al programa en el que se inscribe. Si su empleador usa números de subgrupo, por favor incluya el número de subgrupo apropiado. Si no está seguro de su número de grupo y/o subgrupo, por favor póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos.

Datos del empleado

Esta sección debe rellenarse para procesar su inscripción o actualizar sus registros. Toda la información es referente a usted, el suscriptor primario. Por favor escriba claramente o use letra de molde.

Fecha de vigencia

La fecha en que la cobertura de Delta Dental surte efecto para usted y/o sus dependientes.

Cambio en los datos de inscripción

existentes

Esta sección sólo debe llenarse si usted hace cambios a sus datos de inscripción existentes.

Restablecimiento: Marque esta opción para el restablecimiento de la cobertura suya o de sus dependientes. Por favor, proporcione la razón del restablecimiento (divorcio, pérdida de cobertura, jubilación, etc.) en la sección titulada “ Otro motivo de cambio ”.

Cancelación de la cobertura: Marque esta opción si está terminando la cobertura suya o de un miembro de su familia en Delta Dental. Esto no es lo mismo que la Terminación del Empleo.

Transferencias de Grupo: Cuando se transfiere de un grupo a otro, todos los dependientes son transferidos, a no ser que se indique de manera distinta. Esta sección también debe rellenarse al transferirse a COBRA. Al reportar un cambio o una corrección, por favor incluya una fecha de vigencia de cambio e indique claramente la razón de tal cambio.

Lista de dependientes

Esta sección debe rellenarse cuando (1) los dependientes inscritos y/o (2) usted han marcado la casilla “Cambio de elegibilidad existente” y cambian la información que le presentaron anteriormente a Delta Dental. Por favor incluya todos los nombres, fechas de nacimiento, números de seguro social de cualquiera de los individuos que inscriba o haga cambios o correcciones.

Definiciones de dependientes:

Cónyuge: Su cónyuge legal.

Niño(s): incluya al niño o niños solteros, hijastro(s), niños legalmente adoptados y ordenados por un tribunal adoptivo que viven con el empleado en una relación regular de padre/hijo y cumple(n) con los límites de edad especificados entre su empleador y Delta Dental.

Derecho consuetudinario: si agrega a un esposo de derecho consuetudinario “Common Law” y más tarde cancela la cobertura de este individuo, le pediremos que presente la

documentación legal antes de poder agregar a otro cónyuge de derecho consuetudinario en el plan. Especifique que es un cónyuge de derecho consuetudinario.

Compañero de hogar: No puede ser incluido en todos los contratos de grupo de empleador de Delta Dental. Si su grupo ofrece esto como una opción dependiente, por favor clasifique al compañero como un cónyuge y proporcione toda la información solicitada.

***Discapacitado o estudiante de jornada completa:** Si tiene un hijo discapacitado o un hijo estudiante de jornada completa en la universidad, por favor proporcione la documentación de apoyo.

*Favor de adjuntar la documentación de apoyo al formulario de inscripción y enviarlo al departamento Contabilidad de Miembros de Delta Dental. Por favor consulte la información de correo y número de fax indicada debajo.

Declaración de política de privacidad

Es ilegal, a sabiendas, proveer datos falsos, incompletos, o hechos engañosos a Delta Dental de Colorado con el fin de estafar o intentar estafar a Delta Dental. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Reporte a la División de Seguros de Colorado cualquier compañía o agente de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos falsos, incompletos o erróneos a los participantes de Delta Dental, para fines de defraudar a los participantes de los beneficios del seguro.

El formulario de inscripción, cambios y aquellos asuntos que requieren de la documentación de apoyo pueden enviarse por correo o fax al departamento de Contabilidad de Socios de Delta Dental:

Delta Dental of Colorado
PO Box 5468
Denver, CO 80217-5468

Número de fax: 303-773-3880
Tel. del Dept. de Contabilidad de Socios: 303-741-9300 extensión 3200