

# Inscripción/Actualización de elegibilidad

Seleccione:  Indiana  Michigan  Carolina del Norte  Ohio

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Cliente#/Subcliente#  -

**Información del subscriptor (complete todas las inscripciones/actualizaciones:)** Ejemplo: **ABCDEF123456**

Nombre del subscriptor (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (M.I.)  Género  Masculino  Femenino Estado\*  Activo  Jubilado  COBRA  Sobreviviente

Número de seguro social del subscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha efectiva de cobertura \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  Seleccione si es una dirección nueva \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Inscripción al plan/Información de actualización (Indique el tipo de actualización y llene con la información adecuada):**

Tipo de actualización:  Nueva inscripción  Reincorporación  Cambio/Corrección de la información  Término de los beneficios  Beneficios condonados

Transferencia de grupo De: Cliente/Subcliente# \_\_\_\_\_ A: Cliente/Subcliente# \_\_\_\_\_ Cambio de código de tarifa\* De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva de cambio \_\_\_\_\_ Cambio por:  Subscriptor  Dependiente

**Inscripción/Correcciones a la información (llene para cónyuge/dependientes para la inscripción por primera vez o correcciones):**

**Nombre del Cónyuge (Apellido)** \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (M.I.)  Género  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado\*  Legal  Sobreviviente

**DEPENDIENTE #1 Nombre (Apellido)** \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (M.I.)  Género  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado\*  IRS Dep.  Discapacitado  Sobreviviente  Financiado

**DEPENDIENTE #2 Nombre (Apellido)** \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (M.I.)  Género  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado\*  IRS Dep.  Discapacitado  Sobreviviente  Financiado

**DEPENDIENTE #3 Nombre (Apellido)** \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (M.I.)  Género  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado\*  IRS Dep.  Discapacitado  Sobreviviente  Financiado

**DEPENDIENTE #4 Nombre (Apellido)** \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (M.I.)  Género  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado\*  IRS Dep.  Discapacitado  Sobreviviente  Financiado

\*Vea el reverso para obtener las instrucciones y la explicación de los códigos.

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o que se sepa que facilita un fraude en contra de una aseguradora, entregue una solicitud o presente un reclamo que contenga información falsa o enunciados engañosos es culpable de fraude a la aseguradora.

1 Fecha del subscriptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Lea con cuidado la siguiente información antes de completar el otro lado de este formulario. Debe llenar este formulario si inscribe a cobertura o cambia cualquier información de una inscripción anterior. Si tiene preguntas acerca de cómo llenar este formulario, su departamento de recursos humanos o de personal puede ayudarle.

**Información del suscriptor:** esta sección debe completarse para que procesemos su inscripción o completemos sus registros. Toda la información se aplicará a usted, el suscriptor principal. Escriba claramente o escriba a máquina.

**Fecha efectiva:** La fecha en la que tiene efecto la cobertura de Delta Dental para usted y/o sus dependientes.

**Definiciones de los estados** (Seleccione solo un estado):

- Activo:** Usted es un suscriptor actual/activo.
- Jubilado:** Usted está retirado y su grupo sigue brindándole beneficios dentales.
- COBRA:** Ya no es un suscriptor activo pero ha seguido pagando por su cuenta la cobertura en COBRA. COBRA requiere que varios empleados ofrezcan cobertura extendida pagada por su cuenta a ciertos empleados y beneficiarios calificados que pierdan la cobertura de los beneficios médicos de grupo. **Revise con su departamento de recursos humanos o de personal.**
- Sobreviviente:** El cónyuge del sobreviviente o hijo de un suscriptor fallecido.

**Inscripción al plan/Información de actualización:** esta sección debe completarse si usted: (1) Si usted o un miembro de la familia se está inscribiendo por primera vez, o (2) si sus beneficios terminaron y no se han restablecido, o (3) si hace cambios a su información actual de inscripción.

- Inscripción:** Seleccione para la inscripción por primera vez de usted o sus dependientes.
- Restablecimiento:** Seleccione para el restablecimiento de la cobertura para usted o sus dependientes.
- Cambios/Correcciones:** Seleccione si se han presentado cambios en el formulario.
- Término de Beneficios:** Seleccione solo si termina la cobertura de Delta Dental para usted o un miembro de su familia.
- Transferencias de grupo:** Al transferir de un grupo a otro, se transferirán todos los dependientes a menos que se indique lo contrario. Esta sección también debe completarse al transferir a COBRA.

Al reportar un cambio o corrección, la información incorrecta o que haya cambiado debe enlistarse en la línea con título "de" y la información correcta debe enlistarse en la línea con título "a".

Al cambiar un código de tarifa, consulte la siguiente explicación para seleccionar el código que describa a quién se cubre en su programa de Delta Dental.

**Códigos de tarifa:**

- Tarifa 1** Solo empleado  
**Tarifa 2** Empleado y cónyuge  
**Tarifa 3** Empleado, cónyuge e hijo  
**Tarifa 5** Empleado, hijo, sin cónyuge  
**Tarifa 6** Empleado y más de un hijo, sin cónyuge

**Inscripción/Correcciones a la información:** esta sección debe completarse cuando: (1) se inscriba a dependientes o (2) si ha seleccionado Cambios/Correcciones y está cambiando la información que se presentó previamente a Delta Dental. Incluya el nombre y el apellido de cualquier persona que inscriba o en la que presente cambios o correcciones.

**Definiciones del estado de dependientes:**

- Legal:** Su cónyuge actual
- Sobreviviente:** El cónyuge del sobreviviente o hijo de un suscriptor fallecido.
- Dependiente IRS:** Una persona que sea su hijo dependiente de acuerdo con el Código de Impuestos Internos de EE. UU. Esto puede incluir el hijo dependiente de soltero que asista a la universidad, el colegio, el colegio de la comunidad, universidad técnica o escuela profesional de tiempo completo o a quien brinde apoyo principal.
- Discapacitado:** Su hijo discapacitado permanentemente.
- Financiado:** Un dependiente del que usted sea responsable legalmente. Los dependientes financiados pueden incluir a padres, abuelos y estudiantes de intercambio extranjero **pero solo en su contrato de grupo con Delta Dental.**

**Delta Dental**  
**Atención: Proceso de elegibilidad (Eligibility Processing)**  
**PO Box 30416**  
**Lansing, MI 48909-7916**