

Elegibilidad para la inscripción/ actualización

NO SE REQUIERE NINGÚN FORMULARIO SI SE RENUNCIA A LOS BENEFICIOS

Marque: Indiana Michigan Ohio

Dental Número de cliente/Número de subcliente: _____ - _____

Nombre del cliente: _____ Visión Número de cliente/Número de subcliente: _____ - _____

Información sobre la inscripción en el plan/actualización (Indique el tipo de actualización y complete la información apropiada):

Tipo de actualización: Nueva inscripción Terminación de beneficios Cambio/corrección en la información Restablecimiento

Transferencia de cliente/subcliente

De: Número de cliente/Número de subcliente _____ Para: Número de cliente/Número de subcliente _____

El cambio es para: Suscriptor Cónyuge Dependiente

Fecha de vigencia de la cobertura: (##/##/####) _____ / _____ / _____

Información del suscriptor (Llene para las inscripciones de primera vez, cambios o correcciones):

Nombre del suscriptor (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) Sexo: Masculino Femenino Estado*: Activo Jubilado COBRA Sobreviviente Necesidades especiales de atención médica

Número del Seguro Social Fecha de nacimiento (##/##/####) Fecha de contratación (##/##/####) Dental Visión

Domicilio _____ Marque aquí si esta es una nueva dirección

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información del cónyuge/dependiente (Llene para las inscripciones de primera vez, cambios o correcciones):

CÓNYUGE Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) Sexo: Masculino Femenino Estado*: Legal Sobreviviente Necesidades especiales de atención médica

Número del Seguro Social Fecha de nacimiento _____ Dental Visión

DEPENDIENTE Número 1 Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) Sexo: Masculino Femenino Estado*: Dep. según el IRS Discapacitado Sobreviviente Patrocinado Necesidades especiales de atención médica

Número del Seguro Social Fecha de nacimiento _____ Dental Visión

DEPENDIENTE Número 2 Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) Sexo: Masculino Femenino Estado*: Dep. según el IRS Discapacitado Sobreviviente Patrocinado Necesidades especiales de atención médica

Número del Seguro Social Fecha de nacimiento _____ Dental Visión

DEPENDIENTE Número 3 Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) Sexo: Masculino Femenino Estado*: Dep. según el IRS Discapacitado Sobreviviente Patrocinado Necesidades especiales de atención médica

Número del Seguro Social Fecha de nacimiento _____ Dental Visión

DEPENDIENTE Número 4 Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) Sexo: Masculino Femenino Estado*: Dep. según el IRS Discapacitado Sobreviviente Patrocinado Necesidades especiales de atención médica

Número del Seguro Social Fecha de nacimiento _____ Dental Visión

*En el reverso encontrará las instrucciones.

[NOTA: Visión solo está disponible si el contrato grupal lo incluye.]

Toda persona que, con la intención de cometer fraude o a sabiendas de que está facilitando que se cometa un fraude a una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contengan una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

Autorizo la deducción de la nómina de mis ingresos por cualquier contribución que se me pida.

Firma del suscriptor: _____ Fecha: _____

Antes de completar el otro lado de este formulario, lea atentamente la información que se presenta a continuación. Si está inscribiéndose para recibir cobertura o para cambiar algún dato de una inscripción anterior, debe completar este formulario. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar el formulario, en Recursos Humanos o el Departamento de Personal pueden ayudarlo.

Información de inscripción en el plan/actualización – Solo deberá completar esta sección si: (1) se inscribe usted o un miembro de su familia por primera vez, o (2) sus beneficios fueron terminados y no están siendo reinstalados o, (3) está haciendo cambios en su información de inscripción actual.

- Inscripción:** Marque si se trata de una inscripción por primera vez para usted mismo o sus dependientes.
- Restablecimiento:** Marque si se trata de un restablecimiento de la cobertura para usted mismo o sus dependientes.
- Cambio/Correcciones:** Cuando se informe de un cambio o corrección, la información que sea incorrecta o haya cambiado debe ser listada. Incluya el primer nombre y el apellido de toda persona que esté inscribiendo o para la que esté presentando un cambio o una corrección.
- Finalización Beneficios:** Marque solo si está cancelando la cobertura de Delta Dental para el suscriptor, cónyuge o dependiente.
- Transferencias de clientes:** Use el "DE: Número de cliente/Número de subcliente y A: Número de cliente/Número de subcliente" cuando se hace una transferencia de un cliente a otro, se transferirán todos los dependientes, a menos que se indique lo contrario. Esta sección también debe completarse cuando se hace una transferencia a COBRA.

Información del suscriptor – Debe completar esta sección para que podamos procesar su inscripción, cambios o correcciones en su registro. Toda la información debe corresponder a usted, el suscriptor principal. Escriba claramente o a máquina incluyendo el nombre y el apellido.

Fecha de vigencia de la cobertura: La fecha en que la cobertura o los cambios de Delta Dental entran en vigor.

Definiciones de los estados (seleccione solo uno de los estados):

- Activo:** Usted es un suscriptor vigente/activo.
- Jubilado:** Usted está jubilado y su grupo continúa brindándole beneficios odontológicos.
- COBRA:** Usted ya no es un suscriptor activo, pero ha continuado pagando la cobertura usted mismo, conforme a la ley COBRA. La ley COBRA exige a muchos empleadores que ofrezcan a ciertos empleados y beneficiarios calificados que han perdido su cobertura de beneficios médicos de grupo una extensión de la cobertura que pagarían ellos mismos. **Confirme con la oficina de Recursos Humanos o el Departamento de Personal.**
- Sobreviviente:** El cónyuge o un hijo que sobreviven a un suscriptor que ha fallecido.

Información del cónyuge/dependiente – Debe completar esta sección para que podamos procesar su inscripción, cambios o correcciones en el/los registro(s) de un cónyuge o dependiente. Escriba claramente o a máquina incluyendo el nombre y el apellido.

Definiciones de los estados de los dependientes:

- Legal:** Su cónyuge actual.
- Superviviente:** El cónyuge o un hijo que sobreviven a un suscriptor que ha fallecido.
- Dependiente según el IRS:** Una persona que es un hijo dependiente según el Código de Impuestos Internos de los EE. UU. Esto podría incluir a su hijo dependiente soltero o casado que asiste a una universidad, colegio, colegio comunitario, colegio de secundaria o escuela de oficios a tiempo completo y para el cual usted proporciona el apoyo principal.
- Discapacitado:** Su hijo con discapacidad permanente.
- Patrocinado:** **(Usar solo si se especifica en el contrato de su cliente con Delta Dental).** Dependientes patrocinados por los cuales usted es legalmente responsable. Podría incluir a padres, abuelos y estudiantes de intercambio extranjeros.
- Necesidades especiales de atención médica:** **(Usar solo si se especifica en el contrato de su cliente con Delta Dental).** Incluye cualquier aspecto físico, de desarrollo, mental, sensorial, deterioro conductual, cognitivo o emocional o condición limitante que requiere tratamiento médico, atención médica intervención y/o uso de servicios o programas especializados. La afección puede ser congénita, del desarrollo o adquirida a través de una enfermedad, trauma o causa ambiental y puede imponer limitaciones en la realización de actividades diarias de auto mantenimiento o limitaciones sustanciales en una actividad importante de la vida.



Correo electrónico: eligibility@deltadentalmi.com



Delta Dental
Attention: Eligibility Department
PO Box 30416
Lansing, MI 48909-7916

NO SE REQUIERE NINGÚN FORMULARIO SI SE RENUNCIA A LOS BENEFICIOS