DELTA DENTAL®

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

_____ - _____ _____ - _____

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

_____ / _____ / _____

El cambio es para: ☐ Suscriptor ☐ Cónyuge ☐ Dependiente

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

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)

_____ _____ _____

☐ Dental ☐ Visión

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número del Seguro Social

_____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento

_____ / _____ / _____

Estado*: ☐ Legal ☐ Sobreviviente

DEPENDIENTE Número 1 Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

_____ _____ _____

☐ Dental ☐ Visión

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número del Seguro Social

_____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento

_____ / _____ / _____

Estado*: ☐ Dep. según el IRS ☐ Sobreviviente ☐ Discapacitado ☐ Patrocinado

DEPENDIENTE Número 2 Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

_____ _____ _____

☐ Dental ☐ Visión

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número del Seguro Social

_____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento

_____ / _____ / _____

Estado*: ☐ Dep. según el IRS ☐ Sobreviviente ☐ Discapacitado ☐ Patrocinado

DEPENDIENTE Número 3 Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

_____ _____ _____

☐ Dental ☐ Visión

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número del Seguro Social

_____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento

_____ / _____ / _____

Estado*: ☐ Dep. según el IRS ☐ Sobreviviente ☐ Discapacitado ☐ Patrocinado

DEPENDIENTE Número 4 Nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

_____ _____ _____

☐ Dental ☐ Visión

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número del Seguro Social

_____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento

_____ / _____ / _____

Estado*: ☐ Dep. según el IRS ☐ Sobreviviente ☐ Discapacitado ☐ Patrocinado

*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 pades, abuelos y estudiantes de intercambio extranjeros**.**



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