

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	Estado*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Sobreviviente
Número de seguro social del subscriptor	Fecha de nacimiento	Fecha efectiva de cobertura	Fecha de contratación	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección			Correo electrónico	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Seleccione si es una dirección nueva				
Ciudad	Estado	Código postal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Estado*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Sobreviviente	

DEPENDIENTE #1 Nombre (Apellido)	(Nombre)	(M.I.)	Género
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Estado*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IRS Dep. <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Financiado	

DEPENDIENTE #2 Nombre (Apellido)	(Nombre)	(M.I.)	Género
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Estado*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IRS Dep. <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Financiado	

DEPENDIENTE #3 Nombre (Apellido)	(Nombre)	(M.I.)	Género
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Estado*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IRS Dep. <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Financiado	

DEPENDIENTE #4 Nombre (Apellido)	(Nombre)	(M.I.)	Género
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Estado*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IRS Dep. <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> 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