



Solicitante: seleccione a continuación un plan de seguro o el plan de descuento de Patient Direct.

Delta Dental Premier®

Delta Dental PPOSM

Exclusive Panel Option (EPO)

Achieve Plan

Delta Dental Patient Direct® (para Patient Direct, los siguientes campos son obligatorios):

1. Nombre del proveedor de Patient Direct: _____

2. Número del proveedor de Patient Direct: _____

Nueva afiliación Renuncia a la cobertura Cambio de cobertura Activo Jubilado Continuación COBRA/Estatal

Información del Empleado (por favor, use letra de imprenta o escriba a máquina)

Empleador:		Grupo N°:	Subgrupo N°:	
SSN (Número del Seguro Social):	Fecha de Nacimiento:	Fecha de contratación:	Fecha de Vigencia:	
Apellido:		Nombre:	M / F	
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal:		
Correo-e (e-mail):	Explicación Electrónica de Beneficios (EEB)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Su correo electrónico no será utilizado para ninguna otra razón solo para comunicaciones de Delta Dental of Colorado.

Indique a continuación los cambios en la elegibilidad existente

Fecha a partir de la cual el cambio entra en vigencia: (mm/dd/aaaa):

Motivo del cambio/explicación:

- Cambio de nombre (detallar arriba)
- Cancelación de cobertura
- Finalización del empleo
- Restablecimiento de la cobertura (ver el reverso)
- Cambio de dirección (detallar arriba)
- Continuación COBRA/Estatal (detalle de la fecha arriba)
- Inscripción tardía (si corresponde)
- Cambio en el estado familiar
 - Agregar dependiente Borrar dependiente
 - Agregar el estudiante de tiempo completo
 - Borrar el estudiante de tiempo completo

Detalle la fecha de vigencia para los casilleros marcados a continuación.

- Matrimonio Fecha: _____
- Nacimiento/Adopción* Fecha: _____
- Divorcio Fecha: _____
- Defunción Fecha: _____
- Ya no es elegible Fecha: _____
- De medio tiempo a tiempo completo Fecha: _____
- Jubilado Fecha: _____
- Agregar hijo discapacitado* Fecha: _____
- Transferencia a grupo/subgrupo: _____ Fecha: _____

Otros motivos para el cambio:

- Sólo el empleado Empleado e hijos
- Empleado y cónyuge Empleado, cónyuge e hijos

Por Favor, enumere todos los dependientes. Todos los campos son obligatorios.

Agregar	Borrar	Apellido	Nombre	SSN (Número del 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 necesita más espacio para detallar los dependientes adicionales, por favor utilice una segunda hoja de formulario.

Entiendo que los términos del contrato entre Delta Dental y mi compañía pueden no permitir la inscripción tardía para mis dependientes. El contrato puede permitir inscripciones tardías, pero es posible que requiera períodos de espera o limitaciones adicionales.

Firma del Empleado

Fecha

Es ilegal proporcionarle intencionalmente a Delta Dental de Colorado información falsa, incompleta o engañosa, a los efectos de cometer o intentar cometer un fraude contra Delta Dental. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, rechazo del seguro y daños y perjuicios civiles. Informe a la División de Seguros de Colorado sobre cualquier compañía de seguros o agentes de la misma que, a sabiendas, proporcione información falsa, incompleta o errónea a los participantes de Delta Dental a los efectos de cometer fraude en su contra, en lo que respecta a los beneficios del seguro.

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

Teléfono: (303) 741-9300 ext. 3200
(800) 233-0860 ext. 3200
Fax: (303) 773-3880

Para uso interno solamente, por parte de Delta Dental.		
Grupo N°:	Fecha de Vigencia:	Código de facturación:

Por favor, lea atentamente la siguiente información antes de completar el reverso de este formulario. Si se inscribe para la cobertura o cambia cualquier información de una inscripción anterior, debe completar este formulario. Si tiene alguna duda sobre cómo completar este formulario, puede ayudarlo un representante del departamento de recursos humanos o del personal.

Definiciones del estado

Las definiciones del estado aparecen en la parte superior del formulario de inscripción. Por favor, marque el casillero correspondiente en cada sección:

Nueva inscripción: marque para la inscripción por primera vez, para usted o sus dependientes.

Renuncia de la cobertura: marque si no desea tomar la cobertura dental. Por favor, tenga en cuenta que no todos los planes permiten la renuncia a la cobertura y es posible que algunos impongan multas por la inscripción tardía.

Cambio de cobertura: si realiza cambios en la información existente en su inscripción, por favor, marque este casillero y complete la información correspondiente en Cambio en la elegibilidad actual.

Además, complete lo siguiente:

Activo: Usted es un suscriptor actual/activo.

Jubilado: Es jubilado y su grupo sigue brindándole beneficios dentales.

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act o Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria): Ya no es un suscriptor activo, pero cuenta con una cobertura continua pagada automáticamente, de acuerdo con COBRA.

Número de Grupo/Número de Subgrupo

Por favor, ingrese el número de grupo de Delta Dental para el programa en el que se inscribe. Si su Empleador utiliza números de subgrupo, por favor, incluya el número de subgrupo correspondiente. Si no está seguro con respecto a su número de grupo y/o subgrupo, por favor, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.

Información del Empleado

Esta sección debe completarse para procesar su inscripción o actualizar sus registros. Toda la información debe corresponder a usted, que es el suscriptor principal. Por favor, escriba con letra de imprenta clara o a máquina.

La fecha de vigencia

Es la fecha en la que la cobertura de Delta Dental entra en vigencia para usted y/o sus dependientes.

Cambios en la información de inscripción existente

Esta sección debe completarse sólo si realiza cambios en su información de inscripción existente.

Restablecimiento: marque para restablecer su cobertura o la de sus dependientes. Por favor, proporcione un motivo para el restablecimiento (divorcio, pérdida de cobertura, jubilación, etc.), en la sección titulada "Otros motivos para el cambio".

Cancelación de la cobertura: marque sólo si da de baja a la cobertura de Delta Dental para usted o para un miembro de su familia. Esto no es lo mismo que la Finalización del empleo.

Transferencias del grupo: al transferirse de un grupo a otro, se transferirán todos los dependientes, a menos que se indique lo contrario. Esta sección también debe completarse cuando se transfiera a COBRA.

Al informar un cambio o una corrección, por favor, incluya una fecha de vigencia del cambio e indique claramente el motivo del cambio.

Lista de dependientes

Esta sección debe completarse cuando (1) inscribe a los dependientes y/o (2) si ha marcado Cambio en la Elegibilidad Existente y cambia la información que se presentó previamente a Delta Dental. Por favor, incluya nombre y apellido, fecha de nacimiento y número del seguro social de cualquier persona que esté inscribiendo o por la que está presentando un cambio o una corrección.

Definiciones del dependiente:

Cónyuge: su cónyuge legal.

Hijo(s): incluye hijo(s) solteros, hijastro(s), hijos legalmente adoptados o ubicados en hogares sustitutos por un tribunal, que vivan con el empleado en una relación normal de padre-hijo y que cumplan con los límites de edad especificados entre su empleador y Delta Dental.

Derecho consuetudinario: si tiene un concubino o concubina (o cónyuge por derecho consuetudinario) y cancela posteriormente la cobertura para dicha persona, se le pedirá que proporcione la documentación legal antes de agregar otro concubino o concubina al plan. Detalle el

concubino o concubina como cónyuge.

Pareja de Unión Libre: puede no estar incluida en todos los contratos del grupo del empleador con Delta Dental. Si su grupo ofrece esta opción como una opción del dependiente, por favor, detalle al/a la pareja como un cónyuge y brinde toda la información solicitada.

***Discapacitado o estudiante de tiempo completo:** si tiene un hijo discapacitado o que es estudiante universitario de tiempo completo, por favor proporcione la documentación que lo avale.

Por favor, adjunte la documentación de respaldo al formulario de inscripción y envíelo a Delta Dental Membership Accounting. Por favor, consulte a continuación para conocer la dirección postal y el número de fax.

Declaración de política de privacidad

Es ilegal proporcionarle intencionalmente a Delta Dental de Colorado información falsa, incompleta o engañosa, a los efectos de cometer o intentar cometer un fraude contra Delta Dental. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, rechazo del seguro y daños y perjuicios civiles. Informe a la División de Seguros de Colorado sobre cualquier compañía de seguros o agentes de la misma que le proporcione intencionalmente información falsa, incompleta o errónea a los participantes de Delta Dental a los efectos de cometer fraude en su contra, en lo que respecta a los beneficios del seguro.

Los formularios de inscripción, los cambios y los puntos que requieran documentación de respaldo, pueden enviarse por correo o fax a Delta Dental Membership Accounting:

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

Número de Fax:
(303) 773-3880

Teléfono de Membership Accounting:
(303) 741-9300 ext 3200