

Solicitante: Elija un plan de seguro o un plan de descuento Patient Direct (abajo).

Delta Dental Premier*
 Delta Dental PPO™
 Delta Dental PPO™ Plus Premier
 Exclusive Panel Option (EPO)
 Delta Dental MAC PPO™

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

1. Nombre del proveedor de Patient Direct _____

2. Número del proveedor de Patient Direct: _____

Nueva inscripción
 Renunciar cobertura
 Cambiar cobertura
 Activo
 Jubilado
 Continuación estatal/COBRA

Información de empleado (use letra de molde o máquina)

Empleador:		Núm. de grupo:	Núm. de subgrupo:		
Núm. SS:	Fecha nacim.:	Fecha contrat.:	Fecha efectiva:		
Apellido:		Nombre:	M / F	Código postal:	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:		
Correo electrónico:			Teléfono celular:		

¿Le gustaría recibir comunicaciones de Delta Dental of Colorado por correo electrónico o mensaje de texto? Sí No
 Ni su dirección electrónica ni su número de celular se utilizarán con ningún otro fin que no sean las comunicaciones de Delta Dental of Colorado.

Elija la cobertura: Empleado solo
 Empleado y cónyuge
 Empleado e hijos
 Empleado, cónyuge e hijos

Nombre a todos los dependientes. Todos los campos son obligatorios.

Agregar	Eliminar	Apellido	Nombre	Núm. SS	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"/>

Si necesita más espacio para nombrar más dependientes, utilice un segundo formulario de inscripción.

Cambios a la elegibilidad existente

Fecha en que el cambio es efectivo: (mm/dd/aaaa): _____

Razón del cambio/explicación:	Indique la fecha efectiva de las casillas marcadas abajo.
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre (indique arriba) <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura <input type="checkbox"/> Cesa del empleo <input type="checkbox"/> Restablecimiento de cobertura (vea al reverso) <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio (indique arriba) <input type="checkbox"/> Continuación estatal/COBRA (indique fecha de inicio arriba) <input type="checkbox"/> Inscripción tardía (si corresponde) <input type="checkbox"/> Cambio en su situación familiar <input type="checkbox"/> Añadir dependiente <input type="checkbox"/> Eliminar dependiente <input type="checkbox"/> Otra razón del cambio: _____	<input type="checkbox"/> Matrimonio Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Nacimiento o adopción* Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Divorcio Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Defunción Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Ya no es elegible Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Tiempo parcial a completo Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Jubilación Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Agregar hijo incapacitado* Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Traslado a grupo o subgrupo: Fecha: _____

Entiendo la posibilidad de que los términos del contrato entre Delta Dental y mi empresa no permitan la inscripción tardía de mis dependientes. Es posible que el contrato permita la inscripción tardía, pero tal vez requiera períodos de espera o restricciones adicionales.

Firma del empleado	Fecha
Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a Delta Dental of Colorado con el fin de estafar o intentar estafar a Delta Dental. Las penas pueden incluir prisión, multas, rechazo del seguro e indemnización por daños en un fuero civil. Reporte ante la División de Seguros de Colorado a cualquier compañía o agente de seguros que proporcione a sabiendas datos falsos, incompletos o engañosos a los participantes de Delta Dental of Colorado con el fin de estafarlos respecto a sus beneficios de seguros.	

Lea cuidadosamente la siguiente información antes de llenar el otro lado de este formulario. Debe llenar este formulario si se está inscribiendo a cobertura o cambiando alguna información de una inscripción anterior. Si tiene alguna duda sobre el llenado de este formulario, pida ayuda a su representante del departamento de recursos humanos.

Definiciones de estatus

Las definiciones de estatus aparecen en la parte superior del formulario de inscripción. Marque la casilla apropiada en cada sección.

Nueva inscripción: Marque inscripción de primera vez para usted o sus dependientes.

Renunciar cobertura: Marque si no desea tener cobertura de seguro dental. Tenga en cuenta que no todos los planes permiten renunciar a la cobertura.

Cambiar cobertura: Si está haciendo cambios a su información de inscripción existente, marque esta casilla y proporcione la información apropiada en **Cambios a la elegibilidad existente** en la parte inferior del formulario.

Indique también lo siguiente:

Activo: Es empleado actualmente.

Jubilado: Está jubilado y su grupo le sigue proporcionando beneficios de seguro dental.

COBRA: Ya no es empleado activo, pero ha continuado la cobertura pagada por usted mismo conforme a COBRA.

Núm. de grupo/subgrupo

Escriba el número de grupo de Delta Dental correspondiente al programa al que se está inscribiendo. Si su empleador utiliza números de subgrupo, incluya el número de subgrupo respectivo. Si no está seguro de su número de grupo o subgrupo, contacte a su departamento de recursos humanos.

Información del empleado

Debe contestar esta sección para que se tramite su inscripción o se actualicen sus registros. Toda la información debe referirse a usted, el suscriptor principal. Escriba claramente con letra de molde o a máquina.

Fecha efectiva

La fecha en que la cobertura de Delta Dental entra en vigor para usted o sus dependientes.

Lista de dependientes

Esta sección debe contestarse cuando:

- 1.) Inscriba a sus dependientes y/o
- 2.) Haya marcado **Cambiar cobertura** y esté cambiando información que había enviado antes a Delta Dental. Incluya nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número del Seguro Social de todas las personas por las que realiza la inscripción o remite un cambio o corrección.

Definiciones de dependientes (Pueden Variar)

Cónyuge: Su cónyuge legítimo.

Hijo(a)(s): Incluye a hijo(a)(s) soltero(a)(s) y casados, hijastro(a)(s), niño(a)(s) adoptado(a)(s) legalmente y colocado(a)(s) en hogar sustituto por disposición de un tribunal, que viven con el empleado en una relación padre-hijo y satisfacen los límites de edad especificados entre su empleador y Delta Dental.

Unión libre: Si añade un cónyuge en unión libre y luego cancela la cobertura de esa persona, se le pedirá proporcionar documentación legal antes de que pueda añadir al plan otra pareja en unión libre. Indique Unión libre como cónyuge.

Unión civil: La unión civil se incluye en todos los contratos grupales del empleador con seguro completo de Delta Dental. Los grupos con seguro completo ofrecen esto como opción de dependiente; por tanto, anote a su pareja como cónyuge y proporcione toda la información solicitada.

Sociedad doméstica: Es posible que no la incluyan todos los contratos grupales del empleador con Delta Dental. Si su grupo lo ofrece como opción de dependiente, anote a su pareja como cónyuge y proporcione toda la información solicitada.

Incapacitado o estudiante de tiempo completo: Si un hijo suyo es incapacitado o estudiante universitario de tiempo completo, proporcione documentación de respaldo.

Cambios a la información de elegibilidad existente

Conteste esta sección solamente si está haciendo cambios a su información de inscripción existente.

Restablecimiento: Marque restablecimiento de la cobertura para usted o sus dependientes. Indique el motivo del restablecimiento (divorcio, pérdida de cobertura, etc.) en **Otra razón del cambio**.

Cancelar cobertura: Marque solamente si está cancelando la cobertura de Delta Dental para usted o un familiar. Esto no es lo mismo que el **Cese del empleo**.

Transferencias grupales: Al transferir de un grupo a otro, se transferirá a todos los dependientes, a menos que se indique otra cosa. Debe contestarse también esta sección cuando se transfiera a COBRA.

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

**Adjunte la documentación de respaldo al formulario de inscripción y envíelo a su oficina de recursos humanos*

Declaración de privacidad

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a Delta Dental of Colorado con el fin de estafar o intentar estafar a Delta Dental. Las penas pueden incluir prisión, multas, rechazo del seguro e indemnización por daños en un fuero civil. Reporte ante la División de Seguros de Colorado a cualquier compañía o agente de seguros, que proporcione a sabiendas datos falsos, incompletos o engañosos a los participantes de Delta Dental of Colorado con el fin de estafarlos respecto a sus beneficios de seguros.

Los formularios de inscripción, los cambios y los elementos que requieran documentación de respaldo deberán enviarse a su oficina de recursos humanos para que los cambios a su plan puedan hacerse en el portal para empleadores de Delta Dental of Colorado.

Delta Dental of Colorado
PO Box 5468
Denver, CO 80217-5468
Teléfono: 303-741-9300, ext. 390