

Formulario de afiliación/actualización

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ N° de cliente/subcliente dental # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 N° de cliente/subcliente de DeltaVision (*comienza con V*) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE AFILIACIÓN/ACTUALIZACIÓN DEL PLAN (indique el tipo de actualización y complete la información apropiada):						
<b>Tipo de actualización</b>		<input type="checkbox"/> Afiliación nueva <input type="checkbox"/> Finalización <input type="checkbox"/> Cambio/corrección de la información <input type="checkbox"/> Restablecimiento <input type="checkbox"/> Transferencia				
Transferencia desde: número de cliente/subcliente: _____		Transferencia a: número de cliente/subcliente: _____		El cambio es para: <input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge/concubino		
<b>SOLO PARA PRODUCTOS SOLUTIONS DUAL OPTION O MILLENIUM CHOICE<sup>SM</sup></b>			Seleccione una opción de plan dental: <input type="checkbox"/> Opción de plan I: Delta Dental PPO <input type="checkbox"/> Opción de plan II: Delta Dental Premier			
INFORMACIÓN DEL AFILIADO (complete en caso de afiliaciones nuevas y actualizaciones):						
Nombre del afiliado (Apellido)			(Primer nombre)		(Inicial del segundo nombre)	Género
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (MM/DD/AAAA)		Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	
Domicilio			<input type="checkbox"/> Marque aquí si este es un domicilio nuevo			
Ciudad	Estado		Código postal		Estado* <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Sobreviviente	
INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE (complete en caso de afiliaciones nuevas y actualizaciones de dependientes):						
Relación con el empleado	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (solo incluya el apellido si es diferente del apellido del afiliado)	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número del Seguro Social. Solicitado, pero no obligatorio**	Estado*	Tipo de cobertura (seleccione una o ambas: Dental/Vision)
Cónyuge/concubino					<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Sobreviviente	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision
Hijo dependiente					<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision
Hijo dependiente					<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision
Hijo dependiente					<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision
Hijo dependiente					<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision

\*Vea el reverso de la hoja para obtener las instrucciones y explicaciones de los códigos. \*\*El número del Seguro Social solo se pide para los dependientes que tienen la misma fecha de nacimiento.

**FIRMA DEL AFILIADO Y CLIENTE:** firme y feche el formulario, a modo de verificación de su afiliación.

- Estoy realizando mi propia afiliación y/o la de mis dependientes, y autorizo las deducciones de la nómina, si corresponde. 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 una reclamación que contengan una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro. Comprendo que toda declaración falsa o tergiversación incluida en la solicitud será, conforme a la póliza, motivo de la pérdida de la cobertura.
- Renuncio a mi propia cobertura y/o a la de mis dependientes y comprendo que, al hacerlo, ya sea que mi empleador la pague en su totalidad o parcialmente, renuncio al derecho a cambiar esta decisión, a menos que así lo permitan las restricciones para la afiliación y los requisitos de participación en el contrato grupal. Delta Dental/DeltaVision se reserva el derecho de rechazar cualquier otro cambio en la afiliación.

**Tipo de cobertura rechazada** (*marque todos los que correspondan*):  Dental  Vision

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del representante del cliente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

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

**Información de afiliación/actualización del plan:** esta sección debe completarse solamente si (1) se inscribe usted o un miembro de su familia por primera vez, o (2) sus beneficios se terminaron y no se los han restablecido o, (3) está haciendo cambios en su información de afiliación actual.

- Afiliación nueva: marque si se trata de una afiliación nueva para usted o sus dependientes.
- Finalización de la cobertura: marque solo si está terminando la cobertura Dental o Vision para usted, su cónyuge o sus dependientes.
- Cambio/correcciones: marque si está presentando a través del formulario algún cambio en la cobertura actual. Al notificar un cambio o corrección, deberá indicarse la información que sea incorrecta o que se haya cambiado. Incluya el primer nombre y el apellido de la persona a la que esté afiliando o para la que esté presentando un cambio o una corrección.
- Restablecimiento: marque si se trata de un restablecimiento de la cobertura para usted o sus dependientes.
- Transferencias: utilice "Transferencia desde: número de cliente/subcliente y Transferencia a: número de cliente/subcliente".
- Cuando la transferencia se realice de un cliente a otro, todos los dependientes serán transferidos a menos que se indique lo contrario. Esta sección también debe completarse cuando se hace una transferencia a la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés).

**Información del afiliado:** esta sección debe completarse para que podamos procesar sus cambios o correcciones de afiliación en su expediente. Toda la información debe corresponder a usted, el afiliado principal. Escriba en letra de imprenta clara o escriba a máquina.

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: la fecha en que la cobertura Dental o Vision o los cambios entran en vigencia para usted y/o sus dependientes.

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

- Activo: usted es un afiliado vigente/activo.
- Jubilado: usted está jubilado y su empleador continúa proporcionándole beneficios.
- COBRA: usted ya no es un afiliado activo, pero ha continuado pagando la cobertura usted mismo, conforme a la ley COBRA. Esta exige a muchos empleadores que ofrezcan a ciertos empleados y beneficiarios calificados que han perdido su cobertura de beneficios médicos una extensión de la cobertura que pagarían ellos mismos. Confirme con la oficina de Recursos Humanos o el Departamento de Personal.

**Información del dependiente:** esta sección debe completarse para que podamos procesar sus cambios o correcciones de afiliación los expedientes de un cónyuge, concubino o dependiente. Escriba en letra de imprenta clara o escriba a máquina.

Definiciones de los estados de los dependientes:

- Legal: su cónyuge actual.
- Sobreviviente: el cónyuge, concubino o un hijo que sobreviven a un afiliado que ha fallecido.
- Discapacitado: su hijo con discapacidad permanente.
- Patrocinado: un dependiente por el cual usted es legalmente responsable. Los dependientes patrocinados podrían incluir padres, madres, abuelos y estudiantes extranjeros de intercambio, pero solo si aparece especificado en el contrato grupal de su empleador.

Estudiante de tiempo completo: 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, escuela universitaria, instituto terciario, instituto superior o escuela de formación profesional a tiempo completo y para quien usted proporciona el respaldo principal.



Correo electrónico:



eligibility@mydeltadental.com

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