

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO - Empleado Complete las partes: A, B, C, D, E

Nombre del empleado:		Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Número de seguro social / /	
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado legalmente <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (Mes-Día-Año) / /
Dirección del empleado:	Dirección		Número de teléfono de la casa ()		Número de teléfono del trabajo ()				
	Ciudad		Estado		Código postal				

PARTE B - INFORMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Elija el tipo de cobertura (Marque una casilla solamente):

<input type="checkbox"/> Empleado solamente*	<input type="checkbox"/> Familia	*Si renuncia a la cobertura para el empleado y/o para cualquier miembro de la familia que cumpla con los requisitos, debe completar la Parte D.
<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/> Sin cobertura*	
<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) a cargo		

PARTE C - INFORMACIÓN DE LA PERSONA A CARGO

Relación con el empleado	Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido (Incluya el apellido sólo si es diferente al del empleado)	Sexo		Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	¿Estudiante a tiempo completo?		¿Soltero?	
		M	F		Si	No	Si	No
Cónyuge		M	F	/ /				
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

PARTE D - OTRA COBERTURA DE SEGURO

¿Tiene (el empleado) otra cobertura odontológica? Sí No Las personas que usted tiene a cargo, ¿tienen otra cobertura odontológica? Sí No

Nombre de la compañía: _____ Póliza/Nro. de identificación: _____

Renuncia al beneficio (firme SÓLO si declina la cobertura). Entiendo que al renunciar a la cobertura para mí y/o para las personas a mi cargo, ya sea pagada de manera total o parcial por mi empleador, renuncio al derecho de coordinación de los beneficios (si corresponde). También renuncio al derecho de cambiar esta elección a menos que esté permitido en las restricciones de inscripción y requisitos de participación del contrato del grupo. Delta Dental se reserva el derecho a declinar cualquier otro cambio de inscripción.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

PARTE E - FIRMA DEL EMPLEADO

Autorizo a que se realicen las deducciones sobre las remuneraciones cuando corresponda. Cualquier omisión o distorsión intencional puede constituir un fraude del seguro que podría traer como resultado posibles penas delictivas y/o solicitud de daños y perjuicios civiles.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

PART F - GROUP ENROLLMENT INFORMATION - ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR

<input type="checkbox"/> New Group Hire Date: ____/____/____ Prior Coverage Start Date (if applicable): ____/____/____ Coverage Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Rehire Date Lay Off Began: ____/____/____ Date Rehired: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Existing Delta Dental Group Hire Date: ____/____/____ Prior Coverage Start Date (if applicable): ____/____/____ Coverage Effective Date: ____/____/____
<input type="checkbox"/> New Hire - Apply Probationary Period (if applicable) to determine Effective Date Hire Date: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Open Enrollment Effective Date: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Previously Waived Coverage or Loss of Coverage Qualifying Event Reason: _____ Hire Date: ____/____/____ Event Date: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____	

Group Name: _____ **Group & Subgroup Numbers:** ---

Group Representative's Signature: _____ **Date:** _____ **Phone Number:** () _____

Instrucciones para completar el formulario de inscripción de socios

Notas importantes:

- Escriba a máquina o con bolígrafo en forma clara.
- Todas las fechas deben aparecer en el formato MM/DD/AAAA.
- Antes de entregarlo, revíselo para asegurarse de que haya provisto toda la información necesaria.
- Si falta información o es ilegible, este formulario será devuelto y podría demorar su inscripción.
- Los pedidos de inscripción se completan por lo general dentro de los cinco días hábiles de recibidos por Delta Dental of Nebraska.

Empleado – Complete las partes: A, B, C, D, E

Parte A: Información del empleado - Complete todas las secciones.

Parte B: Información de la inscripción

Elija el tipo de cobertura

- Elija una categoría que describa las personas a su cargo, que cumplen con los requisitos, que usted quiere que estén cubiertos por su plan odontológico.
- Si elige *Sin Cobertura*, usted y las personas a su cargo que cumplan con los requisitos no serán inscritos y se renuncia a la cobertura. Esto puede limitar su posibilidad de inscripción en el futuro. Si elige esta opción, debe completar la Parte D.

Parte C: Información de la persona a su cargo – Complete esta parte solamente si inscribe personas a su cargo

- Complete cada sección por cada persona a su cargo que cumpla con los requisitos para ser inscripto.
- Si inscribe a más de cinco personas a su cargo, adjunte una lista adicional con la información de las personas a su cargo en el mismo formato.

Parte D: Otra cobertura de seguro – Debe completar esta parte si renuncia a la cobertura

- Esta sección debe ser completada si en la Parte B eligió *Empleado solamente* y tiene personas a cargo que cumplan con los requisitos, o si eligió *Sin cobertura*.

Parte E: Firma del empleado

- Por favor lea y firme el formulario como verificación de su inscripción.
- Devuelva el formulario completo a su administrador de beneficios.

Empleador complete la parte: F – Información de inscripción del grupo

- Check one reason for enrollment and provide requested information including coverage effective dates.
- **New Group** – New customer to Delta Dental and submitting initial employee enrollment. Complete the Prior Coverage Start Date only if your plan benefits include waiting periods and credit for prior creditable coverage applies. Note: For a New Group enrolling a Direct Billed COBRA participant, write Direct Bill in the New Group section. If information is not provided, participant will not be enrolled and billed properly.
- **Existing Delta Dental Group** – Enrolling additional employees from an acquisition/merger who were not previously offered/enrolled in your Delta Dental plan. Complete the Prior Coverage Start Date only if your plan benefits include waiting periods and credit for prior creditable coverage applies.
- **New Hire** – Enroll newly hired employee. If a probationary period applies, the coverage effective date is after the probationary period.
- **Open Enrollment** – An employee is enrolling during group's open enrollment period.
- **Rehire** – A former employee was rehired.
- **Return From Leave of Absence** – An employee is returning from leave of absence.
- **Employee Status Change** – The employee's employment status changed and the employee is now eligible for dental benefits.
- **Previously Waived Coverage or Loss of Coverage** – If an employee waives coverage, he/she can only enroll at a later date if the group contract includes an Open Enrollment period or if the individual has a loss of other insurance coverage. If an employee or dependent involuntarily loses coverage and are now eligible to enroll, complete this section.
- **Group Name** – Provide group name as listed in your contract.
- **Group and Subgroup Number** – Provide applicable numbers for individual employee.
- **Group Representative** – Sign, date, and provide your phone number.

Send Completed Forms to:
Delta Dental of Nebraska
Attention: Enrollment Department
PO Box 330
Minneapolis MN 55440-0330