

# Inscripción/Actualización de Elegibilidad

NO NECESITARÁ OTRO FORMULARIO SI RENUNCIA A LOS BENEFICIOS DENTALES

Nombre del cliente:  N.º de cliente/subcliente

**Información de inscripción/actualización del plan** (indique el tipo de actualización y complete la información adecuada):

EJEMPLO:

Tipo de actualización:  Nueva inscripción  Reincorporación  Cambio/Corrección de la información  Fin de los beneficios  Traslado de Delta Dental

Grupo/Subgrupo

De: N.º de cliente/subcliente   Para: N.º de cliente/subcliente   Cambio vigente a partir del  -  -  Cambio de:  Suscriptor  Cónyuge  Dependiente

**Información del suscriptor** (complete para todas las inscripciones/actualizaciones):

Nombre del suscriptor (Apellido)  (Nombre)  (Segundo nombre)  Sexo  Masculino  Femenino Estado\*  Activo  Jubilado  COBRA  Supérstite

Suscriptor  Número de seguro social  -  -  Fecha de nacimiento  -  -  Vigencia de cobertura  -  -  Fecha de contratación  -  -

Domicilio postal   Marque esta opción si se trata de un nuevo domicilio

Ciudad  Estado  Código Postal

**Inscripción/Corrección de la información** (complete para cónyuge/dependientes para la primera inscripción o corrección):

Nombre del CÓNYUGE (Apellido)  (Nombre)  (Segundo nombre)  Sexo  Masculino  Femenino

Número de seguro social  Fecha de nacimiento  -  -  Estado\*  Legal  Supérstite

**No es necesario ingresar número de seguro social**

Nombre del DEPENDIENTE 1 (Apellido)  (Nombre)  (Segundo nombre)  Sexo  Masculino  Femenino

Número de seguro social  Fecha de nacimiento  -  -  Estado\*  Dep. en IRS  Discapacitado  Supérstite  Patrocinado

**Solo obligatorio para dependientes con la misma fecha de nacimiento**

Nombre del DEPENDIENTE 2 (Apellido)  (Nombre)  (Segundo nombre)  Sexo  Masculino  Femenino

Número de seguro social  Fecha de nacimiento  -  -  Estado\*  Dep. en IRS  Discapacitado  Supérstite  Patrocinado

**Solo obligatorio para dependientes con la misma fecha de nacimiento**

Nombre del DEPENDIENTE 3 (Apellido)  (Nombre)  (Segundo nombre)  Sexo  Masculino  Femenino

Número de seguro social  Fecha de nacimiento  -  -  Estado\*  Dep. en IRS  Discapacitado  Supérstite  Patrocinado

**Solo obligatorio para dependientes con la misma fecha de nacimiento**

Nombre del DEPENDIENTE 4 (Apellido)  (Nombre)  (Segundo nombre)  Sexo  Masculino  Femenino

Número de seguro social  Fecha de nacimiento  -  -  Estado\*  Dep. en IRS  Discapacitado  Supérstite  Patrocinado

**Solo obligatorio para dependientes con la misma fecha de nacimiento**

\*Consulte el reverso para obtener las instrucciones y la explicación de los códigos.

Aquella persona que, con intención de defraudar o con conocimiento de que facilita un caso de fraude contra una compañía aseguradora, presenta una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o que conduce a error es culpable de fraude al seguro.

Autorizo la deducción de mi nómina de los aportes que estoy obligado a realizar.

Firma del suscriptor  Fecha

Lea cuidadosamente la siguiente información antes de completar el otro lado del formulario. Deberá completar el formulario si se inscribe para acceder a la cobertura o cambia la información presentada en una inscripción anterior. Si tiene preguntas acerca de cómo completar el formulario, pida ayuda al Departamento de Personal o Recursos Humanos.

**Información del suscriptor:** complete esta información para que podamos procesar su inscripción o actualicemos sus registros. Toda la información se debe relacionar con usted, el suscriptor principal. Escriba claramente a máquina o en letra de imprenta.

**Fecha de entrada en vigencia:** Fecha en que comienza a regir la cobertura de Delta Dental para usted o sus dependientes.

**Definiciones de estado** (Seleccione solo un estado):

**Activo:** usted es un suscriptor actual/activo.

**Jubilado:** usted es jubilado y su grupo continúa proporcionándole beneficios dentales.

**COBRA:** ya no es un suscriptor activo, pero continúa con la cobertura abonada por el asegurado conforme a COBRA. La ley COBRA solicita a diversos empleadores ofrecer cobertura abonada por el asegurado a determinados empleados y beneficiarios calificados que pierden cobertura de beneficios médicos grupales. **Consulte al Departamento de Personal o Recursos Humanos.**

**Supérstite:** El hijo o cónyuge supérstite de un suscriptor fallecido.

**Información de inscripción/actualización del plan:** esta sección solo la debe completar en los siguientes casos: (1) si se inscribe usted mismo o inscribe a un miembro de su familia por primera vez o (2) si se terminaron sus beneficios y no se han reincorporado o (3) si realiza cambios a su información de inscripción actual.

**Inscripción:** marque esta opción si usted o sus dependientes se inscriben por primera vez.

**Reincorporación:** marque esta opción si usted o sus dependientes se reincorporan.

**Cambios/Correcciones:** marque esta opción si se presentan cambios en el formulario.

**Finalización de Beneficios:** marque esta opción si finaliza la cobertura de Delta Dental para usted o un miembro de su familia.

**Traslado de grupos:** cuando se traslada de un grupo a otro, se trasladarán todos los dependientes, salvo disposición en contrario. Esta sección también se debe completar al pasar a COBRA.

Cuando informe un cambio o una corrección, se deberá incluir la información incorrecta o que ha cambiado en la línea con el título "de" y la información correcta se debe incluir en la línea con el título "para":

**Inscripción/Correcciones de información:** deberá completar esta sección cuando: (1) inscribe dependientes o (2) ha marcado la opción Cambios/Correcciones y cambia información presentada anteriormente a Delta Dental. Incluya nombre y apellidos de las personas que inscribe o respecto de las cuales presenta un cambio o corrección.

**Definiciones del estado de dependiente:**

**Legal:** su cónyuge actual

**Supérstite:** el hijo o cónyuge supérstite de un suscriptor fallecido.

**Dependiente de IRS:** persona que es su hijo dependiente según el Código de Impuestos Internos de Estados Unidos. Puede incluir a su hijo dependiente soltero que asiste a la universidad, facultad, escuela comunitaria, escuela secundaria o escuela de arte y oficios a tiempo completo y a quien usted mantiene.

**Discapacitado:** su hijo que padece una discapacidad permanente.

**Patrocinado:** dependiente respecto del cual usted es legalmente responsable. Los dependientes patrocinados comprenden a los padres, abuelos y estudiantes en intercambio en el extranjero, **pero solo si se especifica en el contrato grupal con Delta Dental.**

**Aviso legal: la versión en inglés de este documento prevalecerá en caso de una disputa.  
English version of this document will prevail in the event of a dispute.**



Correo electrónico: [eligibility@mydeltadental.com](mailto:eligibility@mydeltadental.com)



Delta Dental  
A la atención de: Eligibility Department PO Box 30416  
Lansing, MI 48909-7916