



Delta Dental of Minnesota
Formulario de inscripción de socios

PARTE A – INFORMACIÓN DEL EMPLEADO – Empleado complete Parte A – Part G

Nombre del empleado:		Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Número de seguro social		
Sexo:		Masculino		Femenino		Estado Civil:		Fecha de nacimiento (Mes-Día-Año)		
		Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		
		Separado legalmente								
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):	Complete si Empleador se ofrecen Voluntario Ortodoncista Programa
<input type="checkbox"/> Empleado solamente* <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) a cargo <input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Sí Elegir <input type="checkbox"/> Yo No Elegir Voluntario Descuento Ortodoncista Programa
<input type="checkbox"/> Sin cobertura* *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 F.	

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 complete?		¿Soltero?	
		M	F		Sí	No	Sí	No
Cónyuge				/ /				
Hijo		M	F	/ /	Sí	No	Sí	No
Hijo		M	F	/ /	Sí	No	Sí	No
Hijo		M	F	/ /	Sí	No	Sí	No

PART D – PARA MILLENNIUM CHOICESM GRUPO ÚNICO

Selecto una Plan Option: Plan Option I - Delta Dental PPO Plan Option II - Delta Dental Premier

PART E – PARA DeltaCare – GRUPO ÚNICO Obtener Clínica Código soy DeltaCare Dentista Directorio.

Clinica Código: _____ Please Note: Dental benefits will ONLY be available when a clinic is chosen.

PARTE F –RENUNCIAR A COBERTURA

¿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 _____

Renuncio el alcance para yo mismo y/o para mis dependientes y entiendo que renunciando el alcance, si o enteramente o Parcialmente pagado por mi empleador, que renuncio el derecho de cambiar esta selección a menos que permitido en los requisitos de la participación del contrato del grupo y restricciones de matriculación. Delta Dental of Minnesota se reservas el derecho a declinar cualquier otro cambio de inscripción.

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

PARTE G – FIRMA DEL EMPLEADO

Yo me matriculo y/o mis dependientes y autorizo las deducciones de nomina, si aplicable. Cualquier persona que astutamente y con las intención para defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona archiva una aplicación para el seguro o la declaración de contener de reclamo cualquier información materialmente falsa u oculta para los propósitos de descaminar, la información con respecto a cualquier materia del hecho a eso comete un acto fraudulento, que es un crimen y sujeta tal a persona al criminal y penas civiles.

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

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

<input type="checkbox"/> New Group – Initial Group Enrollment Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Rehire - Length of Lay Off: _____ Date Rehired: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Other - Reason: _____ Effective Date: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Open Enrollment Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Return from Leave of Absence Length of Leave: _____ Date Returned to Work: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Employee Change Part Time to Full Time Date of Change: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____
<input type="checkbox"/> New Hire – Apply Probationary (if applicable) to determine Effective Date Hire Date: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Loss of Coverage – Employee and/or Dependent Date of Loss: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Previously Waived Coverage Qualifying Event Reason: _____ 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 Minnesota.

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

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 inscriptos y se renuncia a la cobertura. Esto puede limitar su posibilidad de inscripción en el futuro. Si elige esta opción, debe completar la Parte F.

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 cuatro personas a su cargo, adjunte una lista adicional con la información de las personas a su cargo en el mismo formato.

Parte D: Para Millennium ChoiceSM Grupo Único

Parte E: Para DELTACARE – Grupo Único

Parte F: Renuncia 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*.
- Complete otra cobertura de seguro información.
- Marque una casilla si renuncia cobertura.
- Firmar y fechar el formulario como verificación de renuncia cobertura.

Parte G: Firma del empleado - Si elige *Sin Cobertura* en Parte B y completar Parte F, no firme y necesario en Parte G.

- 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: H – 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 you 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 losses 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 Minnesota
Attention: Enrollment Department
PO Box 330
Minneapolis MN 55440-0330