

**PARTE A – INFORMACIÓN DEL EMPLEADO – Empleado complete Parte A – Part E**

<b>Nombre del empleado:</b>		Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		<b>Número de seguro social</b>				
Sexo:		Masculino	Femenino	<b>Estado Civil:</b>		Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Separado legalmente	<b>Fecha de nacimiento (Mes-Día-Año)</b>	
<b>Dirección del empleado:</b>		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):**

Empleado solamente\*       Familia  
 Empleado y cónyuge       Sin cobertura\*  
 Empleado e hijo(s) a cargo

*\*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.*

**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		□ Sí	□ No	□ Sí	□ 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 – 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 North Carolina se reserva el derecho a declinar cualquier otro cambio de inscripción.

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

**PARTE E – 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 F – GROUP ENROLLMENT INFORMATION - ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR**

<input type="checkbox"/> <b>New Group</b> Hire Date: _____/_____/_____ Prior Coverage Start Date (if applicable): _____/_____/_____ Coverage Effective Date: _____/_____/_____		<input type="checkbox"/> <b>Rehire</b> Date Lay Off Began: _____/_____/_____ Date Rehired: _____/_____/_____	
<input type="checkbox"/> <b>Existing Delta Dental Group</b> Hire Date: _____/_____/_____ Prior Coverage Start Date (if applicable): _____/_____/_____ Coverage Effective Date: _____/_____/_____		<input type="checkbox"/> <b>Return from Leave of Absence</b> Date Leave Began: _____/_____/_____ Date Returned to Work: _____/_____/_____	
<input type="checkbox"/> <b>New Hire – Apply Probationary Period</b> (if applicable) to determine Effective Date Hire Date: _____/_____/_____ Effective Date: _____/_____/_____		<input type="checkbox"/> <b>Open Enrollment</b> Effective Date: _____/_____/_____	
		<input type="checkbox"/> <b>Previously Waived Coverage or Loss of Coverage</b> Qualifying Event Reason: _____ Hire Date: _____/_____/_____ Event Date: _____/_____/_____ Effective Date: _____/_____/_____	
<b>Group Name:</b> _____		<b>Group &amp; Subgroup Numbers:</b> ---	
<b>Group Representative's Signature:</b> _____		<b>Date:</b> _____ <b>Phone Number:</b> ( ) _____	

## 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 North Carolina.

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

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

- 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 North Carolina  
Attention: Enrollment Department  
PO Box 9342  
Minneapolis MN 55440-9342