



Aplicación de Envolvimiento
(Envolvimiento nuevo/Cambios al Envolvimiento)

Delta Dental of Virginia
4818 Starkey Road, Roanoke, VA 24018
(540) 989-8000 · (800) 237-6060
Fax: (540) 776-8109

En caso de una disputa, las provisiones de la versión inglesa aprobada de la forma controlarán.

IMPORTANTE: Información Incompleta retrasará su envolvimiento. Con un lápiz tinta deletree su nombre, presione firme y escriba con claridad.

Nombre del Grupo:	Día efectivo:
Numero del Grupo:	Numero de Sub-localidad/Division:

Sección A: ENVOLVIMIENTO/CAMBIO

Empleo nuevo AÑADIR dependientes/esposo(a) Cambio de Cubrimiento Re-establado
 Envolvimiento nuevo TERMINAR dependiente/esposo(a) COBRA (Día efectivo ___/___/___) Cancelar cubrimiento
 Cambio/información corregida (Nombre - Nombre anterior _____, Dirección , Teléfono , Otro) Jubilado
 Rechasar Cubrimiento – Entiendo que me han ofrecido y decidí a este momento rechasar cubrimiento bajo el plan dental con Delta Dental de mi empleador mi elegibilidad a suscribirse será hasta el próximo periodo o en el caso de un evento durante el periodo del cubrimiento.
(Firma, fecha y complete la 1era línea de la Sección B.) **Firma** _____ **Día** _____

Sección B: INFORMACION AL EMPLEADO

Apellido	Primer Nombre	IM	Numero de seguro social
			Numero de ID asignado por el grupo (si aplica)
Dirección (#, Calle, Apt)		Ciudad	Estado ZIP
Telefono de casa: ()	Día de Nacimiento / /	Primer Día de Trabajo / /	Estado Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Si casado, y efectivo el día de este plan ¿ Tedrán cubrimiento su esposa o dependientes bajo el plan de otro grupo dental <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			

Sección C: CUBRIMIENTO

Producto/Plan Delta Dental PPO
(chequee uno) Delta Dental Premier
 DeltaCare

Tipo de Cubrimiento Abonado Abonado/Niño
(chequee uno): Abonado/Esposa* Abonado/Hijos
 Abonado/Familia
* Si aplicaria, use Esposa(o) por concubinos cuando el plan Dental ofrece cubrimiento.

*** SOLAMENTE DELTACARE – Por favor indique su selección de oficina Dental:**

Nombre del Doctor _____ El # de identificación del Dentista o de la Oficina (Refreirse a el Directorio de Dentistas o la página electrónica de Delta Dental) _____ ()

Sección D: LISTE TODOS LOS MIEMBROS QUE SE CUBRIRAN (*Para Cambios:Abajo Indique la razón por el Cambio)

Apellido (si es diferente)	Primer Nombre, MI	Relación	Sexo (M/F)	Cumpleaños (MM/DD/YY)	Cubrimiento de otra aseguransa dental: Enliste proveedor (incluyendo Medicare), Póliza #, Día Efectivo
		Esposo(a)			

*** Razon(nes) por el Cambio:** Matrimonio Pérdida de cubrimiento de otro grupo Divorcio Hijo que ya no es dependiente
 Nacimiento o adopción Muerte del Esposo(a)/dependiente Otro _____

Día que el evento califica: _____

Sección E: AUTHORIZACION Y CERTIFICACION

Autorizo a dentistas, personal de la oficina dental, y a otros profesionales e identidades del cuidado de salud la revelación de toda información necesaria a Delta Dental de Virginia, sus agentes y empleados (incluyendo, sin limitación, al personal de reclamos y servicios) para determinar (1) elegibilidad para cubrimiento y (2) Beneficios cubiertos. Esta autorización es para cada individuo que se enlistará o que se afecte con este cambio. La autorizacion es válida por 30 meses a partir del día que se firma éste formulario para los propósitos mencionados. La autorización es válida por el término de cubrimiento para el propósito de coleccionar información en caso de reclamos de beneficios. El aplicante o su representante tienen derecho a recibir una copia del formulario de autorización.

Tenog entendido que mi selección de cubrimiento se puede cambiar solamente en el periodo de enliste cada año a menos que experimente un evento calificado bajo "Razones por cambio" en Sección D. Cualquier persona que , con el intento de fraude o sabiendo que está facilitando un fraude en contra de un asegurado, sumite un forlder o un reclamo conteniendo información falsa o una declaración ilusoria habra violado una ley estatal. Certifico que la información proveida por mi en este formulario es de acuerdo a mi conocimiento correcta.

Firma: _____ Día: _____