

Formulario de Cambio de Empleado

DentalSelect

Utilice el formulario de cambio de empleado para cancelar o para modificar las opciones del plan de un miembro o una persona a cargo. Para empleados nuevos, utilice el formulario de inscripción de empleado.

Se debe completar en su totalidad – EN LETRA DE IMPRENTA El formulario de cambio no es válido si no está firmado.

Nombre Completo del Empleador	Dirección del empleador	
Número de Grupo	Número de Departamento/Subgrupo	
Nombre del Titular del Seguro	Número de Seguro Social/Numero de Membresía	Fecha de Vigencia (DD/MM/AAAA)

Nombre del Empleado Anterior	Nombre del Empleado Nuevo	
Dirección Nueva		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Residencial	Email Address	

Selección de cobertura/plan – Confirme las opciones disponibles con su empleador. Seleccione las opciones que correspondan.

Plan Dental Solicitado <input type="checkbox"/> Copay† <input type="checkbox"/> High Deductible Plan†	<input type="checkbox"/> PPO R&C <input type="checkbox"/> PPO MAC	Opción Doble (PPO) <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Low	Red <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Platinum
Plan de Vision Solicitado <input type="checkbox"/> Vis 6 <input type="checkbox"/> Vis 8 <input type="checkbox"/> Vis 12 <input type="checkbox"/> Vis 21 <input type="checkbox"/> Other _____			
Plan de AD&D Solicitado <input type="checkbox"/> AD&D - Amount _____			

<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Volver a Contratar Fecha de Despido: ___/___/___ Fecha de reincorporación: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Otro (marque una opción) Fecha de Cambio: ___/___/___ Fecha de Vigencia: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Pérdida o Recuperación de la Cobertura (Empleado y/o Persona a Cargo) Fecha de Cambio: ___/___/___ Fecha de Vigencia: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Licencia sin goce de sueldo <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Muerte
<input type="checkbox"/> Cambio de Estado a Empleado de Tiempo Completo (Medio Tiempo a Tiempo Completo) Fecha de Cambio: ___/___/___ Fecha de Vigencia: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Cese <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Cambio de nombre

<input type="checkbox"/> COBRA (marque una opción) Fecha de Cambio: ___/___/___ Fecha de Vigencia: ___/___/___	<input type="checkbox"/> 18 meses – Cese <input type="checkbox"/> 36 meses – Divorcio, pérdida de titular, etc.
Cancelación (según se indica) Fecha de cancelación: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Póliza Completa <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de Visión
<input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Persona a cargo (según se indica a continuación)

Personas Cubiertas—Enliste a las personas y seleccione las opciones del plan a las que afectarán estos cambios.

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Anular <input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Nombre del Cónyuge (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento
---	--	---

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Anular <input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Nombre de la Persona a Cargo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento
---	--	---

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Anular <input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Nombre de la Persona a Cargo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento
---	--	---

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Anular <input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Nombre de la Persona a Cargo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento
---	--	---

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Anular <input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Nombre de la Persona a Cargo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento
---	--	---

Autorización de cambio (Requerida para todos los cambios solicitados. Se debe notificar en un plazo de 30 días.)

Tenga en cuenta que los cambios pueden provocar ajustes en la prima.

ADVERTENCIA: PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O TERGIVERSADA A UN AGENTE ASEGURADOR CON EL PROPÓSITO DE ESTAFAR AL ASEGURADOR O A CUALQUIER OTRA PERSONA SE CONSIDERA UN DELITO. LAS PENAS INCLUYEN PRISIÓN Y/O MULTAS. ADEMÁS, UN ASEGURADOR PUEDE NEGAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SI EL SOLICITANTE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN FALSA ESENCIALMENTE RELACIONADA CON UN RECLAMO.

En caso de que exista una discrepancia con respecto a algún dato que contenga este formulario, se le solicitará documentación.

Firma del Empleador (Obligatorio) _____ Cargo _____ Fecha de la firma (MM/DD/YYYY) _____

Firma del titular _____ Fecha (DD/MM/AAAA) _____

* El programa de descuento no está respaldado por ACE American Insurance Company.
 † Actualmente, solo está disponible en TX y UT. ‡ AD&D = Muerte Accidental y Pérdida de Miembros
 Dental Select 75 W Towne Ridge Parkway, Tower 2, Suite 500, Sandy, Utah 84070 · 800-999-9789
 Toll Free Fax: 888-998-8704

CHUBB®

Todos los planes de seguro son comercializados por Dental Select, una agencia aseguradora y respaldada por ACE American Insurance Company, una aseguradora miembro del Grupo de Compañías Chubb.

2018 ADA.01.9000264 1/18