

Employee Change Form

Use the Employee Change Form to cancel or modify existing member and dependent plan options. For first time employees, please use the Employee Enrollment Form.

Must be completed in full - PLEASE PRINT. Change form is not valid without signature(s)

Name of Employer	Employer's Address	
Group Number	Subgroup/Dept #	
Subscriber's Name	SSN/Member #	Effective Date (MM/DD/YYYY)

Old Employee Name	New Employee Name	
New Address		
City	State	Zip Code
Phone Number	Email Address	

Plan/Coverage Selection - Confirm available options with your employer. Select all that apply.

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

Reason/Status - Required for all requested changes. Notice must be given to Dental Select within 30 days.

<input type="checkbox"/> Open Enrollment <input type="checkbox"/> Rehire Date of Layoff: ___/___/___ Date of Rehire: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Loss/Gain of Coverage (Employee and/or Dependent) Date of Change: ___/___/___ Effective Date: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Employee Full Time Status Change (PT to FT) Date of Change: ___/___/___ Effective Date: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Other (Mark One) Date of Change: ___/___/___ Effective Date: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Marriage <input type="checkbox"/> Termination <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Birth <input type="checkbox"/> Leave of Absence <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> Change of Address <input type="checkbox"/> Name Change <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> 18 months - Termination <input type="checkbox"/> 36 months - Divorce, Loss of Subscriber, Etc.
<input type="checkbox"/> Cobra (Mark One) Date of Change: ___/___/___ Effective Date: ___/___/___	
Cancel (as Indicated) Cancel Date: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entire Policy <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Insured Vision
	<input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Dependent (As indicated herein)

Individuals Covered - List individuals and select plan options.

<input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Terminate <input type="checkbox"/> Change	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Spouse Name (Last, First, M.I.)		
		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Terminate <input type="checkbox"/> Change	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Dependent Name (Last, First, M.I.)		
		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Terminate <input type="checkbox"/> Change	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Dependent Name (Last, First, M.I.)		
		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Terminate <input type="checkbox"/> Change	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Dependent Name (Last, First, M.I.)		
		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Terminate <input type="checkbox"/> Change	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Dependent Name (Last, First, M.I.)		
		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth
<input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Terminate <input type="checkbox"/> Change	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> COBRA	Dependent Name (Last, First, M.I.)		
		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth

Authorization of Change (Required for all requested changes. Notice must be given within 30 days.)

Please note that changes may result in premium adjustments.

WARNING: IT IS A CRIME TO PROVIDE FALSE OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURER FOR THE PURPOSE OF DEFAUDING THE INSURER OR ANY OTHER PERSON. PENALTIES INCLUDE IMPRISONMENT AND/OR FINES. IN ADDITION, AN INSURER MAY DENY INSURANCE BENEFITS IF FALSE INFORMATION MATERIALLY RELATED TO A CLAIM WAS PROVIDED BY THE APPLICANT.

In the event there is a discrepancy regarding any information contained in this form, documentation will be required.

Employer Signature (Required) _____ Title _____ Date Signed (MM/DD/YYYY) _____

Subscriber Signature _____ Date Signed (MM/DD/YYYY) _____

* Discount program is not underwritten by ACE American Insurance Company.

† Currently Available Only in TX and UT.

Dental Select 75 W Towne Ridge Parkway, Tower 2, Suite 500, Sandy, Utah 84070 · 800-999-9789

Toll Free Fax: 888-998-8704

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