

INSTRUCCIONES EN EL DORSO

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado:		Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social / /	
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
				Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado legalmente <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (Mes-Día-Año) / /
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 múltiples el opciones se ofrecen
<input type="checkbox"/> Empleado solamente*	<input type="checkbox"/> Sin cobertura*	
<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge	*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.	<input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C <input type="checkbox"/> Plan D
<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) a cargo		
<input type="checkbox"/> Familia		

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	¿Es Mayor de 19 años y estudiante de tiempo completo?
Cónyuge		M	F	/ /	
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo		M	F	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo		M	F	/ /	<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. Securian Dental se reservas 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"/> New Group Hire Date: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Rehire Date Lay Off Began: ____/____/____ Date Rehired: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Existing Securian Dental Group Changing Plan Hire Date: ____/____/____ Prior Coverage Start Date (if applicable): ____/____/____ Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Return from Leave of Absence Date Leave Began: ____/____/____ Date Returned to Work: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Open Enrollment Coverage Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Employee Change Part Time to Full Time Date of Status Change: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____
<input type="checkbox"/> New Hire - Apply Probationary Period (if applicable) to determine Coverage Effective Date Hire Date: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Loss of Coverage - Employee and/or Dependent Hire Date: ____/____/____ Date of Loss: ____/____/____ Effective Date: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Previously Waived Coverage - Qualifying Event Reason: _____ Hire Date: ____/____/____ 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 Securian Dental.

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

Plan Opciones – Complete si múltiples el opciones se ofrecen

- Elija una opción: Plan A, Plan B, Plan C, o Plan 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 E.

- Por favor lea y firme el formulario como verificación de su inscripción.
- Devuelva el formulario completo a su administrador de beneficios.

Part F – To Be Completed by Employer

- Review sections completed by employee to assure information provided is complete, accurate and legible.
- When reporting effective dates, use contractual start and stop guidelines as defined in your contract (i.e., first of the month, end of month, or actual dates).
- Check one section that describes reason Membership Enrollment Form is being submitted.
- Complete all dates in applicable section:
 - Hire Date – Date employee was employed by group.
 - Effective Date – Date the individual's dental benefits begin.
 - Prior Coverage Start Date – Is used in administration of benefit waiting periods. Provide effective date of group's prior qualified dental plan. Date does not apply if group did not previously have a qualified dental plan.
 - Event Date – Date of qualifying event that allows additions or changes to employee's enrollment selection (i.e., date of marriage, date of divorce, date of adoption, etc.)
- **New Group** – New customer to Securian Dental and submitting initial employee enrollment. Complete all dates.
- **Existing Securian Dental Group Changing Plan** – Existing Securian Dental customer changing benefits from Plan A to Plan B or Plan C and submitting employee enrollment. Complete all dates.
- **New Hire** – Enroll newly hired employee. If probationary period applies, effective date is after the probationary period.
- **Rehire** – Former employee was laid off and is being rehired.
- **Return From Leave of Absence** – Employee returning from leave of absence.
- **Loss of Coverage** – Employee/dependent involuntarily lost other dental coverage and is now eligible to enroll.
- **Previously Waived Coverage** – Enrolled employee had eligible family status change such as: marriage, divorce, birth, adoption, which allows dependents to be added.
- **Employee Change Part-Time to Full-Time** – Employee's employment status changed and employee is now eligible for dental benefits.
- **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 Form To:

Securian Dental Plans
DeCare Dental Health International, LLC
Attn: Enrollment Department
PO Box 9385
Minneapolis MN 55440-9385