

Formulario de Certificación de dependiente como estudiante de tiempo completo

Su plan de Delta Dental puede ofrecer cobertura para los dependientes que sobrepasen el límite de edad, siempre que sean estudiantes de tiempo completo. Por favor comuníquese con su Administrador de Beneficios para determinar si su dependiente es cubierto bajo los límites determinados por su grupo.

| | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Nombre del dependiente _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| ¿Es el dependiente estudiante de tiempo completo? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Nombre del dependiente _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| ¿Es el dependiente estudiante de tiempo completo? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Nombre del dependiente _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| ¿Es el dependiente estudiante de tiempo completo? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Firmando esta aplicación entiende y está de acuerdo que también es su responsabilidad de notificar a Delta Dental de cualquier cambio en el estado de elegibilidad de su dependiente(s).

Yo certifico que la información proveída arriba es correcta. Y entiendo que cualquier falsedad en la información que he proveído, permitirá que Delta Dental termine la membresía del dependiente y busque recursos legales disponibles a Delta Dental.

Firma del miembro

Día

Nombre del miembro

Día

Numero del Grupo

No. de trajea de seguro del miembro

Envíe por correo la aplicación a: Enrollment Department
Delta Dental of Massachusetts
PO Box 9695
Boston, MA 02114-9695

o Fax a: 617-886-1293 (si envía un fax no envíe por correo)