

# 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"/> High Deductible Plan†	<input type="checkbox"/> Coinsurance MAC
	<input type="checkbox"/> Copay†	<input type="checkbox"/> Coinsurance R&C
	<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 _____		

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

### Individuals Covered - List individuals and select plan options.

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> Add	<input type="checkbox"/> Dental	Dependent Name (Last, First, M.I.)	Relationship
<input type="checkbox"/> Terminate	<input type="checkbox"/> Vision		
<input type="checkbox"/> Change	<input type="checkbox"/> COBRA	Gender: _____	SSN _____
		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	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 FRAUDULY OBTAINING BENEFITS. 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) \_\_\_\_\_

† 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.

Requested Dental Plan	<input type="checkbox"/> High Deductible Plan†	<input type="checkbox"/> Coinsurance MAC
	<input type="checkbox"/> Copay†	<input type="checkbox"/> Coinsurance R&C
	<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 _____		

<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta	<input type="checkbox"/> Otro (marque una opción)
<input type="checkbox"/> Volver a Contratar Fecha de Despido: ___/___/___ Fecha de reincorporación: ___/___/___	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"/> Cese <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Licencia sin goce de sueldo <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <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"/> 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"/> COBRA <input type="checkbox"/> Persona a cargo (según se indica a continuación) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de Visión

**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"/> COBRA	Nombre del Cónyuge (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Relación
		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"/> COBRA	Nombre de la Persona a Cargo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Relación
		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"/> COBRA	Nombre de la Persona a Cargo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Relación
		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"/> COBRA	Nombre de la Persona a Cargo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Relación
		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"/> COBRA	Nombre de la Persona a Cargo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Relación
		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)

† Actualmente, solo está disponible en TX y UT.

Dental Select 75 W Towne Ridge Parkway, Tower 2, Suite 500, Sandy, Utah 84070 · 800-999-9789  
Toll Free Fax: 888-998-8704

