

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"/> Dependent
<input type="checkbox"/> Entire Policy	(As indicated herein)
<input type="checkbox"/> Dental	
<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
<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
<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
<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
<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

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

