

# Formulario de verificación del estudiante

## Para los dependientes mayores de edad

Para ayudar a Delta Dental a tramitar las solicitudes de reembolso del dependiente que figura a continuación, lee lo siguiente y firma si esta información es correcta. Si ya has proporcionado la verificación de estudiante a tiempo completo, puedes ignorar esta notificación.

### Información sobre el afiliado y el dependiente mayor de edad

Nombre del afiliado:

Número de Seguro  
Social del afiliado:

Nombre del  
dependiente  
mayor de edad:

Número  
de grupo:

Fecha de  
nacimiento del  
dependiente  
mayor de edad:

El dependiente que has identificado arriba cumple todos los requisitos que se enumeran a continuación:

1. Es estudiante a tiempo completo, matriculado en una institución acreditada;
2. Depende económicamente del afiliado (empleado) y
3. Es soltero y su edad se encuentra entre las que se definen en el contrato de mi grupo para ser considerado estudiante.

Yo entiendo que:

1. Soy responsable de notificar a Delta Dental de Colorado acerca de cualquier cambio en el estado del dependiente.
2. La elegibilidad de los dependientes mayores de edad debe renovarse cada año hasta que se alcance el límite máximo de edad, según se especifica en el folleto de Beneficios o en el certificado de cobertura.
3. La cobertura viene dictada por la situación real en el momento en que se prestan los servicios y, si mi hijo no cumple los requisitos para ser considerado "dependiente" en el momento en que se prestan los servicios, los gastos de dichos servicios no son reembolsables

Certifico que mi dependiente cumple todos los requisitos de elegibilidad dental basados en su estado de estudiante a tiempo completo. Entiendo que la certificación fraudulenta de la condición de mi dependiente puede resultar en la pérdida de la cobertura dental para mí y para todos los dependientes de mi familia. Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden consistir en penas de prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles.

Nombre del representante autorizado:

Firma del representante autorizado:

Fecha (MM/DD/AAAA):

Por favor, rellena y devuelve este formulario firmado y fechado en un plazo de 10 días a:

**Delta Dental de Colorado**  
P.O. Box 173803  
Denver, Colorado 80217-3803  
O envía un fax a: 303-741-9350

Si tu hijo de cualquier edad es incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una incapacidad mental o física y depende principalmente de ti para su sustento y mantenimiento, presenta junto con este formulario una verificación médica con el nombre, dirección, número de teléfono y firma del médico. Un dependiente que deje de ser elegible puede tener derecho a cobertura a través de COBRA. Ponte en contacto con el departamento de Recursos Humanos/Beneficios para obtener información sobre la inscripción en COBRA.