



## Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

TruAssure Insurance Company es una Compañía con domicilio en Illinois.

**ATENCIÓN: TruAssure Enrollment | TELÉFONO: (888) 559-0781**

Escriba en letra de imprenta con tinta negra o en computadora. Complete toda la solicitud. Si la solicitud está incompleta, es posible que sea rechazada o que se retrase la fecha de entrada en vigencia.

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/AFILIADO/PARTICIPANTE

**Nota: Si el afiliado es un niño, la solicitud deberá estar firmada por el padre, la madre, el tutor legal o la parte responsable. Complete esta sección para el afiliado.**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> __/__/__
<b>Dirección postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono</b> ( )	<b>Dirección de correo electrónico</b>	<b>Número de seguro social (opcional)</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

#### Estado civil

Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Unión civil  Sociedad doméstica

**Autorizo a TruAssure a enviarme la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) por correo electrónico.**  Sí  No

**Autorizo a TruAssure a enviarme por correo electrónico la póliza y las comunicaciones que requiera la ley.**  Sí  No

**¿Usted o sus dependientes están cubiertos por algún otro programa de beneficios dentales?**  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Los residentes de PENNSYLVANIA deben responder a la siguiente pregunta. Si la respuesta es "Sí", deberá rellenar el Aviso al Solicitante referente al Reemplazo del Seguro de Accidente y Enfermedad, y enviarlo con esta aplicación. Usted también deberá conservar una copia como comprobante.

**¿Tiene pensado reemplazar su seguro dental actual por esta póliza?**  Sí  No

### MOTIVO DE LA SOLICITUD

Solicitud inicial  Cambio de dependiente(s)  Cambio de tipo de cobertura  Reinscripción en la póliza

### FECHA SOLICITADA DE ENTRADA EN VIGENCIA

\_\_/\_\_/\_\_ Las solicitudes impresas deben recibirse antes del día 20 del mes en curso para que entren en vigencia el día 1 del mes siguiente.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



# Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

## SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES Y TARIFAS DE LA PRIMA MENSUAL CORRESPONDIENTE

*Nota: Complete la sección Tarifas de la prima mensual que corresponda al plan de beneficios dentales que ha seleccionado.*

### SELECCIONE EL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

*Seleccione solo un plan dental y donde corresponda, el valor anual máximo que desee.*

**TruAssure Individual and Family Max Savings Plan**

**TruAssure Individual and Family Choice Plan\* con el siguiente valor anual máximo:**

Valor anual máximo \$1,250

Valor anual máximo \$2,000

Valor anual máximo \$3,000

**TruAssure Individual and Family Choice Plus Plan\* con el siguiente valor anual máximo:**

Valor anual máximo \$1,250

Valor anual máximo \$2,500

Valor anual máximo \$5,000

**TruAssure Basic Adult o Child Dental Plan, certificado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA)**

**TruAssure Preferred Adult o Child Dental Plan, certificado por la ACA\***

## TARIFAS DE LA PRIMA MENSUAL PARA EL TRUASSURE MAX SAVINGS PLAN, EL CHOICE PLAN O EL CHOICE PLUS PLAN INDIVIDUAL AND FAMILY

*Indique a continuación la tarifa correspondiente del plan dental seleccionado.*

Afiliado únicamente	Afiliado únicamente (niño únicamente)	Afiliado + 1 dependiente	Familiar (Afiliado + 2 dependientes)
\$	\$	\$	\$

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



# Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

## TARIFAS DE LA PRIMA MENSUAL PARA TRUASSURE INDIVIDUAL AND FAMILY BASIC ADULT O CHILD PLAN, PREFERRED ADULT O CHILD PLAN Y CERTIFICADOS POR LA ACA

Indique a continuación la tarifa correspondiente del plan dental seleccionado.

**Afiliados de 18 años o menos** (Tarifa por afiliado)

\$

**Afiliados de 19 años o más** (Tarifa por afiliado)

\$

Enumere a todas las personas que debe cubrir la póliza.

Agregar	Borrar	Nombre	Apellido (si es distinto del Solicitante)	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Parentesco con el Solicitante	Dependiente Estado	Sexo
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				__/__/____		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

### CAMBIO DE COBERTURA

**ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA AFILIADOS ACTUALES CON CAMBIOS DE COBERTURA.**

Marque todos los eventos que correspondan.

**Agregar dependiente debido a los siguientes motivos:**

- Nacimiento   
  Adopción/Entrega en adopción   
  Matrimonio   
  Sociedad doméstica  
 Unión civil   
  Tutela legal   
  Orden judicial o administrativa  
 Hijo dependiente con discapacidad   
  Dependiente militar   
  Otro \_\_\_\_\_

Indique los nombres de los dependientes nuevos mencionados arriba.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



# Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

## OTROS CAMBIOS

**Cancelar cobertura del dependiente (indicar a continuación) debido a los siguientes motivos:**

- Edad    Fallecimiento    Otra cobertura en otro lugar   Nombre del dependiente \_\_\_\_\_  
 Edad    Fallecimiento    Otra cobertura en otro lugar   Nombre del dependiente \_\_\_\_\_

**Cambio de nombre**

Nombre anterior \_\_\_\_\_ Nuevo nombre \_\_\_\_\_

**Cambio de dirección**

Dirección de correo postal anterior	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo postal nueva	Ciudad	Estado	Código postal

**Cambio en el tipo de cobertura** \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DE PAGO

**Seleccione su método de pago:**  Cuenta bancaria  
 Tarjeta de crédito

**Opciones de pago:**  Mensual  
 Anual

Si su método de pago es mediante cuenta bancaria, debe pagar todas las primas por vía electrónica utilizando su cuenta corriente o caja de ahorros. Si su método de pago es mediante tarjeta de crédito, de pagar todas las primas con tarjeta de crédito. Las primas se cobrarán de la cuenta o se cargarán a la tarjeta aproximadamente el día 27 de cada mes. Su prima inicial se deducirá en el momento en que se procese su solicitud.

**Tenga en cuenta los siguientes puntos: Las solicitudes impresas deberán recibirse antes del día 20 del mes en curso para que entren en vigencia el día 1 del mes siguiente.**

**PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA EL PAGO MEDIANTE CUENTA BANCARIA:**

**Nombre de la institución financiera**

<b>Ciudad de la institución financiera</b>	<b>Estado de la institución financiera</b>	<b>Código postal de la institución financiera</b>
--	--	---

**Tipo de cuenta** (elija una)

Cuenta corriente    Cuenta de ahorro   Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

<b>Código de identificación bancaria</b>	<b>Número de cuenta bancaria</b>
--	----------------------------------

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

### INSTRUCCIONES DE PAGO (CONTINUACIÓN)

#### PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA EL PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO:

##### Tipo de tarjeta

Visa  MasterCard  Discover  American Express

Nombre del titular de la tarjeta	Número de tarjeta	Fecha de vencimiento ____ mes ____ año	Código de seguridad
<b>Dirección de facturación del titular de la tarjeta, si es distinta de la dirección del solicitante</b>			Código postal
Dirección	Ciudad	Estado	

#### Autorización

Al firmar el presente documento (la firma figura en la página 7 de esta solicitud), autorizo a TruAssure Insurance Company a deducir el monto de la prima indicado anteriormente de la cuenta corriente o tarjeta de crédito indicadas, a partir del día 27 de cada mes, para el pago de mi prima (si el método de pago seleccionado es mensual). Comprendo que el primer débito de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH) o cargo de la tarjeta de crédito a mi cuenta se realizará inmediatamente y, si he seleccionado una opción de pago anual, el primer cargo de la tarjeta de crédito o débito ACH incluirá la prima anual.

Acepto que esta autorización seguirá en plena vigencia, a menos que TruAssure reciba una notificación de rescisión por escrito de mi parte. Acepto notificar a TruAssure por escrito sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la rescisión de esta autorización al menos tres (3) días (para débitos ACH) o veinticinco (25) días (para los cargos de la tarjeta de crédito) antes de la próxima fecha de facturación.

Comprendo que TruAssure me notificará con anticipación en caso de que se modifique el monto de la prima. Al firmar el presente documento autorizo a TruAssure y a la compañía de la tarjeta de crédito o al banco identificado anteriormente a procesar los cargos de la tarjeta de crédito o los débitos ACH que se autorizan aquí. Si yo no soy la persona asegurada según esta póliza, confirmo que acepto pagar esta prima de seguro en nombre de la persona asegurada. A menos que la persona asegurada sea un menor de edad del cual yo soy el padre, la madre o el tutor legal, comprendo que todos los cambios en la póliza que puedan afectar el monto del cargo solo se comunicarán a la persona asegurada.

Acepto que, si tengo algún problema o preguntas referentes a esta autorización o mi póliza de seguro, me pondré en contacto con TruAssure para recibir asistencia llamando al 888-559-0781. Garantizo que soy el titular o el usuario autorizado de esta cuenta bancaria (para débitos ACH), o el titular legal de la tarjeta o el usuario autorizado (para los cargos de la tarjeta de crédito), y que estoy legalmente autorizado para celebrar con TruAssure este Acuerdo de autorización para facturación periódica con débito ACH o tarjeta de crédito.

#### Información adicional en caso de pagar con débito ACH

Si mi institución financiera rechaza un débito ACH de TruAssure por falta de fondos, comprendo y acepto que TruAssure puede intentar procesar el cargo nuevamente en un plazo de treinta (30) días si no he proporcionado un método de pago alternativo.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

Comprendo que si mi banco no paga los débitos ACH solicitados por TruAssure en virtud de este acuerdo, TruAssure puede aplicarme un cargo por servicio de \$25 y cobrarlo mediante un débito ACH.

### **Información adicional en caso de pagar con tarjeta de crédito**

Comprendo que ante cualquier operación de pago a TruAssure que no sea efectuada por mi compañía de tarjeta de crédito, TruAssure podría aplicar un cargo por servicio de \$25. Asimismo, autorizo a TruAssure a aplicar en la misma tarjeta de crédito los cargos de futuras pólizas que pueda comprar a TruAssure, siempre y cuando de mi consentimiento verbal.

Al presentar esta solicitud a TruAssure Insurance Company ("TruAssure") para la póliza de cobertura dental, acepto y comprendo que esta solicitud formará parte de la póliza y me comprometo a cumplir los términos de la póliza expedida por TruAssure. Comprendo que, si corresponde, mi firma electrónica en este formulario tiene la misma validez que mi firma original. Además, acepto que la cobertura solicitada está sujeta a la aprobación por parte de TruAssure y que ningún agente o representante tiene autoridad para realizar cambios o modificar esta solicitud de cobertura. Por el presente, declaro que toda la información que figura en esta solicitud es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Asimismo, comprendo que toda omisión intencionada o tergiversación significativa de la información presentada, puede anular o invalidar esta solicitud y la subsecuente póliza.

**Tenga en cuenta los siguientes puntos: Las solicitudes impresas deberán recibirse antes del día 20 del mes en curso para que entren en vigencia el día 1 del mes siguiente.** Las solicitudes impresas recibidas después del día 20 entrarán en vigencia el día 1 del mes posterior al mes siguiente. Las solicitudes completadas y enviadas por medio de sitio web TruAssure.com serán procesadas el siguiente día hábil y entrarán en vigencia el día 1 del mes siguiente. Cobertura supeditada a la aceptación del asegurador.

**ADVERTENCIA:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga alguna información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier material real, estará cometiendo un acto fraudulento, lo cual es un delito, y tal persona estará sujeta a sanciones penales y civiles.

### **LEA Y ACEPTE LA ADVERTENCIA ANTERIOR Y FIRME EN PÁGINA 7 DE ESTA SOLICITUD.**

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** La versión en español de este documento se proporciona únicamente como cortesía para el cliente. En caso de que surja un conflicto o se presente una reclamación, prevalecerá la versión en inglés de este documento.

**DISCLAIMER:** The Spanish version of this form is provided only as a courtesy to the customer. The English version of this form will be the presiding version in any case of a dispute or complaint.

TruAssure Insurance Company cumple con la legislación federal de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo o identidad sexual.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

LA PÓLIZA PROPORCIONA BENEFICIOS DENTALES ÚNICAMENTE. REVISE LA PÓLIZA DETENIDAMENTE.

<b>Firma del solicitante</b>	<b>Fecha</b> __/__/__
------------------------------	--------------------------

SI LA SOLICITUD ES DE UNA PÓLIZA DE HIJO ÚNICAMENTE, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

<b>Nombre y apellido del padre, la madre, el tutor legal o la parte responsable</b>		<b>Número de teléfono</b> ( )	
<b>Dirección postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>Parentesco con el solicitante</b>	

Yo, certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del niño solicitante y que tengo el derecho legal para celebrar este contrato en su nombre.

<b>Firma del padre, la madre, el tutor legal o la parte responsable</b>	<b>Fecha</b> __/__/__
---	--------------------------

### SECCIÓN PARA EL AGENTE/PRODUCTOR

<b>Firma del agente de seguros con licencia</b> (si corresponde)	<b>Fecha</b> __/__/__
<b>Nombre del agente de seguros con licencia en letra de imprenta</b> (si corresponde)	<b>Número de licencia del agente o número de productor nacional</b>
<b>Estado al que pertenece la licencia del agente</b>	<b>Dirección de correo electrónico del agente</b>
<b>Firma del agente general de seguros con licencia</b> (si corresponde)	<b>Fecha</b> __/__/__
<b>Nombre del agente general de seguros con licencia en letra de imprenta</b> (si corresponde)	<b>Número de licencia del agente general o número de productor nacional</b>
<b>Estado al que pertenece la licencia del agente general</b>	<b>Dirección de correo electrónico del agente general</b>

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



## Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

### Arabic

العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-559-0779.

### Chinese

繁體中文

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-559-0779。

### French

Français

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-559-0779.

### French Creole

Kreyòl Ayisyen

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-559-0779.

### German

Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-559-0779.

### Gujarati

ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-559-0779.

### Hindi

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-559-0779 पर कॉल करें।

### Italian

Italiano

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-559-0779.

### Japanese

日本語

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-559-0779 まで、お電話にてご連絡ください。

### Korean

한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-559-0779 번으로 전화해 주십시오.

### Portuguese

Português

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-559-0779.

### Russian

Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-559-0779.

### Spanish

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-559-0779.

### Tagalog

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-559-0779.

### Vietnamese

Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-559-0779.