



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

TruAssure Insurance Company es una Compañía domiciliada en Illinois.

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

Escriba en letra de imprenta o a máquina con tinta negra. Rellene esta solicitud en su totalidad. Si la solicitud está incompleta, es posible que sea rechazada o que se retrase la fecha de entrada en vigencia.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/MIEMBRO

Nota: Si el miembro 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 miembro.

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

Estado civil

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

Doy mi consentimiento para recibir la Explicación de Estado de Beneficios (EEB) de TruAssure por correo electrónico. Sí No

Doy mi consentimiento para recibir mi póliza y comunicaciones requeridas legalmente de TruAssure por correo electrónico. 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 FLORIDA, OKLAHOMA, PENNSYLVANIA y VIRGINIA 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 solicitud. Usted también deberá guardar uno para sus archivos.

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

RAZÓN DE LA SOLICITUD

Solicitud inicial Cambio de dependiente(s) Cambio en el tipo de cobertura Re-inscripción de la póliza

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA

____/____/____ **Las solicitudes impresas deben recibirse antes del día 20 del mes para que entre en vigor el día 1 del mes siguiente.**

En Missouri solamente, TruAssure le notificará si la solicitud se aceptó o no, o le dará el motivo de cualquier demora mayor dentro de los sesenta (60) días posteriores a que TruAssure reciba la solicitud en su casa matriz.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

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

Nota: Rellene la sección de 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 máximo anual deseado.

TruAssure Individual and Family Max Savings Plan

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

Máximo anual \$1,250 Máximo anual \$2,000 Máximo anual \$3,000

*TruAssure Individual and Family Choice Plan no disponibles en Ohio

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

Máximo anual \$1,250 Máximo anual \$2,500 Máximo anual \$5,000

*TruAssure Individual and Family Choice Plus Plan no disponibles en Ohio

TruAssure Basic Adult or Child Dental Plan, ACA Certified

TruAssure Preferred Adult or Child Dental Plan, ACA Certified*

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

Indique a continuación la tarifa correspondiente del plan dental seleccionado.

Miembro solamente	Miembro solamente (niño solamente)	Miembro + 1 Dependiente	Familiar (Miembro + 2 Dependientes)
\$	\$	\$	\$

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

TARIFAS DE LA PRIMA MENSUAL PARA INDIVIDUAL AND FAMILY BASIC ADULT OR CHILD PLAN, CON CERTIFICACIÓN ACA, O PREFERRED ADULT OR CHILD PLAN, CON CERTIFICACIÓN ACA DE TRUASSURE

Indique a continuación la tarifa correspondiente del plan dental seleccionado.

Miembros Edad 18 y menor

(Tarifa por miembro)

\$

Miembros Edad 19 y mayor

(Tarifa por miembro)

\$

Enumere a todas las personas que cubrirá la póliza.

Agregar	Borrar	Nombre	Apellido (si es diferente al del solicitante)	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Parentesco con el solicitante	Estado del dependiente	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

CAMBIO DE COBERTURA

ESTA SECCIÓN SOLO ES APLICABLE PARA MIEMBROS EN VIGOR CON CAMBIOS DE COBERTURA.

Marque todos los eventos que correspondan.

Agregar dependiente debido a:

Nacimiento Adopción/Colocación para adopción Matrimonio Sociedad doméstica

Unión civil Tutela legal Orden judicial o administrativa Hijo dependiente con discapacidad

Dependiente militar Otro _____

Indique los nombres de los nuevos dependientes arriba.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

OTROS CAMBIOS

Cancelar cobertura de dependiente (indicar más abajo) debido a:

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 realiza los pagos mediante una cuenta bancaria, el pago de todas las primas debe realizarse por vía electrónica con su cuenta bancaria corriente o ahorros. Si realiza los pagos con tarjeta de crédito, todas las primas deben pagarse 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 lo siguiente: Las solicitudes impresas deberán recibirse antes del día 20 del mes para que entre en vigor el día 1 del mes siguiente.

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE PARA EL PAGO CON CUENTA BANCARIA:

Nombre de la institución financiera

Ciudad de la institución financiera	Estado de la institución financiera	Código postal de la institución financiera
--	--	---

Tipo de cuenta (elija una)

Cuenta corriente Ahorro Nombre del titular de la cuenta _____

Código de identificación bancaria

Número de cuenta bancaria

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

INSTRUCCIONES DE PAGO (CONTINUACIÓN)

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE 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	Código de seguridad
		___ mes ___ año	

Dirección de facturación del titular de la tarjeta, si es distinta a la dirección del solicitante

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Autorización

Al firmar a continuación (la página de la firma es la página 9 de esta solicitud), por medio del presente autorizo a TruAssure Insurance Company a deducir el monto de la prima indicado anteriormente de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito indicadas, aproximadamente el día 27 de cada mes, para el pago de mi prima mensual (si el modo 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 de ACH incluirá la prima anual.

Acepto que esta autorización seguirá en plena vigencia hasta que TruAssure haya recibido una notificación por escrito de mi parte para indicar que la estoy rescindiendo. Acepto notificar a TruAssure por escrito sobre los cambios en la información de mi cuenta o la rescisión de esta autorización al menos tres (3) días (para débitos de 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 debajo, por medio del presente autorizo a TruAssure y al banco o la compañía de la tarjeta de crédito identificados anteriormente a procesar los cargos de la tarjeta de crédito o los débito de ACH que se autorizan aquí. Si yo no soy la persona asegurada con 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 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.

Estoy de acuerdo en 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 de 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 este acuerdo de autorización para facturación recurrente con débito de ACH o tarjeta de crédito con TruAssure.

Información adicional en caso de pagar con débito de ACH

Si mi institución financiera rechaza un débito de ACH de TruAssure debido a la 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.

PARA INDIVIDUOS EN TODOS LOS ESTADOS, EXCEPTO KANSAS: Comprendo que si mi banco no respalda los débitos de ACH solicitados por TruAssure en virtud de este acuerdo, TruAssure puede aplicarme un cargo por servicio \$25 y cobrar este cargo por servicio de mediante un débito de ACH.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

PARA INDIVIDUOS EN KANSAS: Comprendo que si mi banco no respalda los débitos de ACH solicitados por TruAssure en virtud de este acuerdo, el pago subsecuente de cualquier prima no mantendrá la Póliza en vigor, con la excepción de lo provisto en Período de gracia. Si alguna prima pagadera no es recibida por TruAssure antes o al final del Período de gracia, esta Póliza terminará automáticamente al final del período en el que fuera pagada la última prima.

Información adicional en caso de pagar con tarjeta de crédito

PARA INDIVIDUOS EN TODOS LOS ESTADOS, EXCEPTO KANSAS: Comprendo que para toda operación que no sea respaldada por mi compañía de tarjeta de crédito para el pago a TruAssure, TruAssure podrá aplicar un cargo por servicio de \$25. También autorizo a TruAssure a usar la misma tarjeta de crédito para cobrar los cargos de las pólizas que en el futuro pueda adquirir de TruAssure, siempre y cuando autorice a TruAssure verbalmente.

PARA INDIVIDUOS EN KANSAS: Comprendo que si la compañía de mi tarjeta de crédito no respalda alguna transacción solicitada por TruAssure en virtud de este acuerdo, el pago subsecuente de cualquier prima no mantendrá la Póliza en vigor, con la excepción de lo provisto en Período de gracia. Si alguna prima pagadera no es recibida por TruAssure antes o al final del Período de gracia, esta Póliza terminará automáticamente al final del período en el que fuera pagada la última prima. También autorizo a TruAssure a usar la misma tarjeta de crédito para cobrar los cargos de las pólizas que en el futuro pueda adquirir de TruAssure, siempre y cuando autorice a TruAssure verbalmente.

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 sirve como si fuera 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 la presente, declaro que toda la información contenida 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 que: Las solicitudes impresas deberán recibirse antes del día 20 del mes para que entre en vigor el día 1 del mes siguiente.

Las solicitudes impresas recibidas después del día 20 entrarán en vigor el día 1 del mes después del mes siguiente. Si la solicitud se crea y envía por medio de sitio web TruAssure.com, la solicitud será procesada el siguiente día hábil y estará vigente el día 1 del mes siguiente. Cobertura supeditada a la aceptación del asegurador.

ADVERTENCIA: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio; o bien, que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y pueden aplicarse multas de indemnización o penas de reclusión en la cárcel, o cualquier combinación de estos.

LEA Y ACEPTE LA ADVERTENCIA ANTERIOR O LA ADVERTENCIA APLICABLE A SU ESTADO Y FIRME EN LA PÁGINA 9 DE ESTA SOLICITUD.

LOS SIGUIENTES ESTADOS REQUIEREN QUE LE ACONSEJEMOS A USTED DE LO SIGUIENTE:

ALASKA: Toda persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podrá ser procesada bajo la ley estatal.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

ARKANSAS: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o bien, que presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

ARIZONA: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida estará sujeta a sanciones de carácter criminal y civil.

CALIFORNIA: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida será culpable de un delito y podrán aplicarse multas reclusión en una prisión estatal.

CALIFORNIA: La legislación de California prohíbe el requerimiento de una prueba del VIH o el uso de la misma por parte de compañías de seguro médico como condición para la obtención de cobertura de seguro médico.

CALIFORNIA: Esta póliza no ofrece beneficios esenciales para la salud (Essential Health Benefits, EHB) de tipo pediátrico, según dispone la Ley de Atención Sanitaria Asequible (Affordable Care Act, ACA).

COLORADO: Es ilegal proporcionar intencionalmente hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular o reclamante de una póliza con motivo de defraudar o intentar defraudar al titular o reclamante de la póliza en lo que respecta a un acuerdo o una indemnización pagadera por procedimientos de seguros será reportado a la División de Seguros de Colorado que se encuentra en el Departamento de Agencias Reguladoras.

DISTRITO DE COLUMBIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía o cualquier otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Asimismo, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa significativamente relacionada con una reclamación.

DELAWARE: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

FLORIDA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

IDAHO: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

INDIANA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa cometerá un delito grave.

LA MANCOMUNIDAD DE KENTUCKY: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presente 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 de seguros fraudulento, lo cual es un delito.

LOUISIANA: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o bien, que presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

MARYLAND: Toda persona que presente a sabiendas e intencionadamente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o bien, que intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

MAINE según el título 24-A Sección 2186 (3): Proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

MINNESOTA: Toda persona que presenta una reclamación con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

NEW HAMPSHIRE: Toda persona que, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a acusación y penalización por fraude de seguros según lo provisto en la sección 638:20.

NEW JERSEY: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones de carácter criminal y civil.

NORTH CAROLINA: Toda persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora o un demandante de seguros será culpable de un crimen (delito grave de Clase H) que "PODRÁ" hacer que la persona se vea sujeta a sanciones penales y civiles.

OHIO: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contengan una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude contra el seguro.

OKLAHOMA: ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente alguna reclamación por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

OREGON: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamación que contengan una declaración falsa o engañosa podrá ser culpable de fraude contra el seguro.

LA MANCOMUNIDAD DE PENNSYLVANIA: 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.

RHODE ISLAND: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o bien, que presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

TENNESSEE: "Proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

TEXAS: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o bien, que presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Solicitud de póliza individual y familiar de Dental Policy/Formulario de cambio de estado

LA MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA: Proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

THE COMMONWEALTH OF VIRGINIA: In the event of dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.

LA MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: En caso de haber alguna disputa, prevalecerán las disposiciones de la versión en inglés aprobada del documento.

WASHINGTON: "Proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

WEST VIRGINIA: "Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o bien, que presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

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.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La versión en español de este documento se proporciona únicamente como cortesía para el cliente. La versión en inglés de este documento constituirá la versión predominante en el caso de alguna disputa o reclamación.

TruAssure Insurance Company cumple con la legislación federal de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo o identidad sexual.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

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

Firma del solicitante	Fecha __/__/__
------------------------------	--------------------------

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

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

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

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

SECCIÓN DEL AGENTE/PRODUCTOR

En California solamente, Testimonio del agente: (1) Según mi leal saber y entender, la información que aparece en esta solicitud es completa y exacta. (2) He explicado al solicitante de forma sencilla de entender el riesgo que supone para el solicitante proporcionar información errónea, y el solicitante ha comprendido la explicación.

Yo, declaro voluntariamente como cierto cualquier hecho material que sepa ser falso que, además de cualquier sanción o compensación aplicable bajo las legislación actual, estará sujeta a sanciones civiles de hasta diez mil dólares (\$10,000).

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

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Solicitud de póliza individual y familiar de Póliza dental/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.