



# Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

TruAssure Insurance Company es una Compañía domiciliada en Illinois.

**ATENCIÓN: TruAssure Enrollment | FAX: (630) 381-4807 | TELÉFONO: (866) 922-6004**

Por favor, teclee o escriba claramente con tinta negra y 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.

## MIEMBRO

<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Inicial de su segundo nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> ___/___/___
<b>Fecha de contratación</b> ___/___/___	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Sociedad doméstica		<b>Número de seguro social o número de identificación alternativo</b>	
<b>Dirección postal</b>			<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono</b> ( )			<b>Correo electrónico</b>		
<b>Nombre del empleador</b>			<b>Número de grupo</b>	<b>Fecha de entrada en vigor solicitada de la cobertura</b> ___/___/___	

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

**Doy mi consentimiento para recibir la póliza y comunicaciones requeridas legalmente de TruAssure por correo electrónico.**  Sí  No

## MIEMBRO/ EMPLEADO/ DEPENDIENTE/ ADICIONES/ TERMINACIONES/ CAMBIOS

### Marque una de las opciones a continuación.

- Sí**, deseo inscribirme en esta cobertura de Group.
- No**, no deseo inscribirme en esta cobertura de Group.

¿Usted o sus dependientes están cubiertos por algún otro programa de beneficios dentales?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí," indique el nombre de la compañía:  
\_\_\_\_\_

## MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO

**Inscripción Inicial o Abierta**

**COBRA**  
Fecha de finalización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Jubilado**

**Restablecimiento debido a:**  
 Recontratación  Pérdida de otra cobertura  Otro \_\_\_\_\_

**Agregar dependiente debido a:**  
 Nacimiento  Adopción/Colocación para adopción  Matrimonio  Sociedad doméstica  
 Unión civil  Tutela legal  Pérdida de otra cobertura  Hijo dependiente con discapacidad  
 Dependiente militar  Orden judicial  Otro \_\_\_\_\_

**Fecha del evento calificador** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



# Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

## MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO (CONTINUACIÓN)

**Cancelar dependiente debido a:**

- Edad     Fallecimiento     Divorciado(a)     Otra cobertura en otro lugar

Fecha del evento calificador \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Terminación de empleo**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cobertura a cargo del cónyuge, Sociedad doméstica, o Unión civil**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cambio de nombre**

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

**Cambio de dirección**

## DEPENDIENTES

*Indique el nombre de todos los dependientes que se asegurarán con la póliza de Grupo.*

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

## SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

*Seleccione una opción:*

**Miembro solamente**

**Miembro más un dependiente**

**Miembro y cónyuge**

**Miembro más dos o más dependientes**

**Miembro más un hijo dependiente**

**Familia – Miembro y dependientes**

**Miembro más dos o más hijos dependientes**

**Miembro más hijos(s)**

**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 ACEPTÉ LA ADVERTENCIA ANTERIOR O LA ADVERTENCIA APLICABLE A SU ESTADO Y FIRME EN LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO DE ACUERDO/CAMBIO.**

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

### 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.

**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 solicitante de una póliza con motivo de defraudar o intentar defraudar al titular o solicitante 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.

**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.

**KANSAS:** Cualquier persona que, a sabiendas, presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presenta información falsa en una solicitud de seguro es culpable de fraude de seguro según lo determine un tribunal de justicia.

**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

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

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.

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: 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.

LA MANCOMUNIDAD DE PENNSYLVANIA: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La versión en inglés de este documento constituirá la versión oficial y controlará la resolución en el caso de alguna disputa o reclamación. La versión en español se proporciona como cortesía para el cliente y para su información solamente.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

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.

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."

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.

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.

### **EL CERTIFICADO PROPORCIONA BENEFICIOS DENTALES SOLAMENTE. REVISE EL CERTIFICADO DETENIDAMENTE**

Según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en este formulario es exacta. Comprendo que proporcionar información falsa o inexacta puede tener como resultado la cancelación de la cobertura o la falta de pago de los beneficios. Comprendo que mi empleador remitirá las primas de mi cobertura conforme a la póliza de group a TruAssure Insurance Company. Si debo contribuir con la prima de mi cobertura, comprendo que mi Empleador tomará las medidas necesarias para que se deduzca de la nómina.

**Firma del miembro**

**Fecha**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

### 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

સુચન: 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.