



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

TruAssure Insurance Company es una empresa con sede en Illinois.

A LA ATENCIÓN DE: TruAssure Enrollment | TEL: (888) 559-0781

Escriba a máquina o con letra imprenta en tinta negra. Complete la solicitud en su totalidad. Una solicitud incompleta podría resultar en un rechazo de la solicitud o en un retraso en la fecha de entrada en vigencia.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/MIEMBRO/PARTICIPANTE

Nota: Si el miembro es menor de edad, la solicitud debe estar firmada por su padre/madre/tutor(a) legal/ parte responsable.

Complete esta sección para el miembro.

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección postal			Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono ()	Dirección de correo electrónico		N.º de Seguro Social (opcional)		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Estado civil

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Unión civil Pareja de hecho

¿Están usted y/o sus dependientes cubiertos por algún otro programa de beneficios dentales? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía:

Responda la siguiente pregunta. Si la respuesta es afirmativa, debe completar el Aviso para el Solicitante sobre el reemplazo del seguro contra accidentes y enfermedades y enviarlo con esta solicitud. También debe conservar uno para sus registros.

¿Planea reemplazar alguno de sus seguros dentales existentes con esta póliza? Sí No

MOTIVO DE LA SOLICITUD

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

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA

____/____/____ **Las solicitudes en papel deben recibirse antes del 20 del mes para que entren en vigencia el 1.º día del mes siguiente.**

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES Y TARIFAS DE PRIMAS MENSUALES CORRESPONDIENTES

Nota: Complete la sección Tarifas de primas mensuales que corresponda al plan de beneficios dentales que seleccionó.

SELECCIONE EL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

Seleccione solo un plan dental y, cuando corresponda, el máximo anual deseado.

Plan Ahorro Máximo de TruAssure Personal y familiar

Plan Choice de TruAssure* Personal y familiar con el siguiente máximo anual:

Máximo anual \$1,250

Máximo anual \$2,000

Máximo anual \$3,000

Plan Choice Plus de TruAssure* Personal y familiar con el siguiente máximo anual:

Máximo anual \$1,250

Máximo anual \$2,500

Máximo anual \$5,000

Plan dental básico para adultos o niños de TruAssure, certificado por ACA

Plan dental preferencial para adultos o niños de TruAssure, certificado por ACA*

TARIFAS DE PRIMAS MENSUALES PARA PLAN AHORRO MÁXIMO, PLAN CHOICE, PLAN CHOICE PLUS O PERSONAL Y FAMILIAR DE TRUASSURE

Indique la tarifa aplicable a continuación para el Plan dental seleccionado.

Miembro solamente	Miembro solamente (Solo para niños)	Miembro + 1 dependiente	Familia Miembro + 2 Dependientes)
\$	\$	\$	\$

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

TARIFAS DE PRIMAS MENSUALES PARA PLAN BÁSICO PARA ADULTOS O NIÑO, CERTIFICADO POR ACA O PLAN PREFERENCIAL PARA ADULTOS O NIÑOS, CERTIFICADO POR ACA PERSONAL Y FAMILIAR DE TRUASSURE

Indique la tarifa aplicable a continuación para el Plan dental seleccionado.

Miembros Edad 18 años o menos
(Tarifa por miembro)
\$

Miembros Edad 19 años y más
(Tarifa por miembro)
\$

Enumere todas las personas que estarán cubiertas por la póliza.

Agregar	Eliminar	Primer nombre	Apellido (Si es diferente del apellido del Solicitante)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Relación con el Solicitante	Estado del dependiente	Género
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado(a)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado(a)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado(a)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado(a)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				___/___/___		<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado(a)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

CAMBIO DE COBERTURA

ESTA SECCIÓN SOLO SE APLICA A LOS MIEMBROS ACTUALES CON CAMBIOS DE COBERTURA.
Marque todos los eventos que corresponden.

Agregar dependiente debido a:

- Nacimiento
 Adopción/Asignación para adopción
 Matrimonio
 Pareja de hecho
 Unión civil
 Tutela legal
 Orden administrativa o judicial
 Menor dependiente con discapacidad
 Militar dependiente
 Otros _____

Enumere los nombres de los dependientes antes mencionados.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

OTROS CAMBIOS

Eliminación de dependiente (enumere a continuación) 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 domicilio

Dirección postal anterior	Ciudad	Estado	Código postal
Nueva dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Cambio en tipo de cobertura _____

INSTRUCCIONES DE PAGO

Elija su método de pago: Cuenta bancaria
 Tarjeta de crédito

Opciones de pago: Mensual Anual

Si su método de pago es una cuenta bancaria, todas las primas deben pagarse electrónicamente usando su cuenta de cheques/ahorros. Si su método de pago es tarjeta de crédito, todas las primas deben pagarse con tarjeta de crédito. Las primas se cobrarán alrededor del día 27 del mes. Su prima inicial se deducirá en el momento en que se procese su solicitud.

Nota: Las solicitudes en papel deben recibirse antes del 20 del mes para que entren en vigencia el 1.º día del mes siguiente.

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA EL PAGO POR CUENTA BANCARIA:

Nombre de la institución financiera

Ciudad de la institución financiera

**Estado de la institución
financiera**

**Cód. postal de la institución
financiera**

Tipo de cuenta (elija una opción)

Cheques Ahorros Nombre que figura en la cuenta _____

N.º de enrutamiento bancario

N.º de cuenta bancaria

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

INSTRUCCIONES DE PAGO (CONTINUACIÓN)

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA EL PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO:

Tipo de tarjeta

Visa MasterCard Discover American Express

Nombre que figura en la tarjeta	N.º de tarjeta	Fecha de vencimiento ____ mes ____ año	Código de seguridad
Dirección de facturación del titular de la tarjeta si es diferente de la dirección del solicitante			
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Autorización

Al firmar a continuación (la página de la firma es la página 7 de esta solicitud), por la presente autorizo a TruAssure Insurance Company a deducir el monto de la prima indicado anteriormente de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito indicada el 27 de cada mes para el pago de la prima mensual (si la forma de pago seleccionada es mensual). Entiendo que el cargo inicial de la tarjeta de crédito o débito ACH a mi cuenta se realizará de inmediato y si he seleccionado una opción de pago anual, el cargo inicial de la tarjeta de crédito o débito ACH reflejará la prima anual.

Acepto que esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que TruAssure haya recibido una notificación por escrito de mi parte de que la rescindiré. Acepto notificar a TruAssure por escrito sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la cancelación de esta autorización al menos tres (3) días (para débitos ACH) o veinticinco (25) días (para cargos de tarjeta de crédito) antes de la próxima fecha de facturación.

Entiendo que TruAssure me notificará con anticipación sobre cualquier cambio en el monto de la prima. Al firmar a continuación, autorizo a TruAssure y al banco o compañía de tarjeta de crédito identificado anteriormente a procesar los débitos ACH o los cargos de tarjeta de crédito autorizados aquí. Si no soy la persona asegurada en virtud de 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 sea padre/madre o tutor(a) legal, entiendo que cualquier cambio en la póliza que pueda afectar el monto del cargo se comunicará únicamente a la persona asegurada.

Acepto que si tengo algún problema o pregunta con respecto a esta autorización o mi póliza de seguro, me comunicaré con TruAssure para obtener ayuda al 888-559-0781. Garantizo que soy el titular o usuario autorizado de esta cuenta bancaria (para débitos ACH) o titular legal de la tarjeta o usuario autorizado (para cargos de tarjeta de crédito) y que estoy legalmente autorizado para celebrar este Acuerdo de autorización de facturación de tarjeta de crédito/débito ACH recurrente con TruAssure.

Información adicional si paga con débito ACH

Si mi institución financiera rechaza un débito ACH de TruAssure debido a fondos insuficientes, entiendo y acepto que TruAssure puede intentar procesar el cargo nuevamente dentro de los treinta (30) días si no he proporcionado un método de pago alternativo.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

Entiendo que si mi banco rechaza cualquier débito ACH solicitado por TruAssure en virtud de este acuerdo, TruAssure puede imponerme un cargo por servicio de \$25 y puede cobrar ese cargo por servicio mediante un débito ACH.

Información adicional si paga con tarjeta de crédito

Entiendo que si la compañía de mi tarjeta de crédito rechaza cualquier transacción destinada al pago a TruAssure, TruAssure puede imponerme un cargo por servicio de \$25. Además, autorizo a TruAssure a realizar cualquier cargo por una póliza futura que pueda comprarles en la misma tarjeta de crédito si doy mi consentimiento verbal a TruAssure.

Al presentar esta solicitud a TruAssure Insurance Company ("TruAssure"), para la póliza de cobertura dental, acepto y entiendo que esta solicitud se convertirá en parte de la Póliza, y acepto estar sujeto a los términos de la Póliza emitida por TruAssure. Entiendo que, si corresponde, mi firma electrónica en este formulario funcionará como mi firma original. Además, acepto que la cobertura solicitada está sujeta a la aprobación 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 correcta a mi leal saber y entender. Además, entiendo que cualquier omisión intencional o tergiversación material de los datos enviados puede causar que esta solicitud y la Política subsiguiente sean nulas y no tengan efecto.

Tenga en cuenta: Las solicitudes en papel deben recibirse antes del 20 del mes para que entren en vigencia el 1.º día del mes siguiente. Las solicitudes en papel recibidas después del 20 entrarán en vigencia el 1.º día del mes posterior al mes siguiente. Si la solicitud se crea y envía a través del portal web TruAssure.com, la solicitud se procesará el siguiente día hábil y entrará en vigencia el 1.º día del mes siguiente. La cobertura depende de la aceptación de la suscripción.

ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas de restitución o encarcelamiento, o cualquier combinación de estos.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La versión en español de este formulario se proporciona únicamente como cortesía para el cliente. La versión en inglés de este formulario prevalecerá en cualquier caso de conflicto o controversia.

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 las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, género o identidad de género.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

ESTA PÓLIZA SOLO OTORGA BENEFICIOS DENTALES. REVISE SU PÓLIZA CUIDADOSAMENTE

Firma del solicitante		Fecha __/__/__	
SI LA SOLICITUD ES PARA UNA PÓLIZA SOLO PARA MENORES, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.			
Nombre y apellido del/de la padre/madre/tutor(a) legal/parte responsable		N.º de teléfono ()	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Email		Relación con el Solicitante	

Certifico que soy el/la padre/madre o tutor(a) legal del menor solicitante y que tengo el derecho legal de celebrar este contrato en su nombre.

Firma del/de la padre/madre/tutor(a) legal/parte responsable	Fecha __/__/__
Doy mi consentimiento para recibir la Explicación de beneficios (EOB) de TruAssure por correo electrónico.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Doy mi consentimiento para recibir la póliza y las comunicaciones legalmente requeridas de TruAssure por correo electrónico.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Consentimiento para comunicaciones electrónicas

Si acepta recibir comunicaciones electrónicamente, acepta los siguientes términos y condiciones:

“Servicio en línea” significa el sitio web y el portal de TruAssure Insurance Company y cualquier otro producto o servicio en línea ofrecido a través de nuestro sitio web, aplicaciones móviles o cualquier otro medio de comunicación digital en el que se haya inscrito que no se rija de otro modo por una divulgación y consentimiento en formato electrónico. “Comunicaciones” o “Registros” se refieren a cualquier acuerdo con el cliente o enmiendas a los mismos, facturación mensual, divulgaciones, avisos, respuestas a reclamos, políticas de privacidad y toda otra información que la ley nos exige que le proporcionemos por escrito.

Al dar su consentimiento, acepta realizar operaciones con nosotros utilizando su computadora o dispositivo móvil para recibir, ver y firmar electrónicamente Registros. Usted acepta que dichas firmas electrónicas consistirán en hacer clic en los botones y/o marcar las casillas donde se indique. También acepta el uso de Registros electrónicos que se muestran en la computadora u otro dispositivo electrónico que esté utilizando, así como cualquier Registro que le enviemos electrónicamente. Podremos proporcionarle Registros electrónicamente enviándolos por correo electrónico a su dirección de correo electrónico; lo cual puede incluir Registros como archivos adjuntos o como enlaces incrustados a un sitio web que gestionamos y controlamos.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

Podremos entregarle las Comunicaciones por cualquiera de los siguientes métodos: (a) publicando un aviso y poniendo la información a su disposición a través del Servicio en línea; o (b) enviando la información a una dirección de correo electrónico que nos haya proporcionado; o (c) en la medida permitida por la ley, mediante el acceso a un sitio web que generalmente designaremos con anticipación para tal fin; o (d) cualquier otro medio electrónico que hayamos acordado mutuamente. La entrega de Comunicaciones electrónicas por cualquiera de estos métodos se considerará "realizada por escrito" y usted acepta que las Comunicaciones electrónicas tengan el mismo efecto legal que las comunicaciones en papel escritas y firmadas.

Usted acepta notificarnos de inmediato cualquier cambio en su información de contacto.

Puede retirar su consentimiento para recibir Comunicaciones electrónicas en cualquier momento. No le impondremos ningún cargo si retira su consentimiento para recibir Comunicaciones electrónicamente. Si retira su consentimiento para recibir Comunicaciones electrónicamente, dicho retiro no se aplicará a las Comunicaciones que se le proporcionaron electrónicamente antes de la fecha en que el retiro de su consentimiento surta efecto.

Podrá obtener copias en papel de las Comunicaciones legales o reglamentarias electrónicas y la mayoría de las demás Comunicaciones de forma gratuita en cualquier momento.

Los requisitos mínimos de hardware y software para acceder y conservar las Comunicaciones electrónicas son: Una computadora personal u otro dispositivo con sistema operativo y conexiones de telecomunicaciones a Internet capaz de recibir, acceder, mostrar e imprimir o almacenar Comunicaciones electrónicas; un navegador, como Internet Explorer, Firefox, Chrome, Safari o Edge, con cifrado de 256 bits; suficiente capacidad de almacenamiento electrónico en el disco duro de su computadora u otra unidad de almacenamiento de datos; y software que le permita ver archivos en formato de documento portátil ("PDF").

SECCIÓN SOBRE EL AGENTE/PRODUCTOR

Firma del agente de seguros con licencia (si corresponde)	Fecha ____/____/____
Nombre en letra imprenta del agente de seguros con licencia (si corresponde)	N.º de licencia del agente o n.º de productor nacional
Estado de la licencia del agente	Dirección de correo electrónico del agente
Firma del agente general de seguros con licencia (si corresponde)	Fecha ____/____/____
Nombre en letra imprenta del agente general de seguros con licencia (si corresponde)	N.º de licencia del agente general o n.º de productor nacional
Estado de la licencia del agente general	Dirección de correo electrónico del agente general

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



Solicitud para Póliza dental Personal y familiar/ Formulario de cambio de estado

(Arabic) العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-559-0779-1.
繁體中文 (Chinese)

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。

Français (French)

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

Kreyòl Ayisyen (French Creole)

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

Deutsch (German)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

हिंदी (Hindi)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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。

한국어 (Korean)

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

Português (Portuguese)

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

Русский (Russian)

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

Español (Spanish)

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

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.

Tiếng Việt (Vietnamese)

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.