



Escriba todas las respuestas en letra de imprenta o a máquina.

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE ESTADO/RENUNCIA
PARA LA COBERTURA DE LA PÓLIZA GRUPAL DE SEGURO DENTAL DE LA ORGANIZACIÓN DE
PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)**

1. EMPLEADO							
Nombre del empleado (primero/segundo/apellido)					Fecha de contratación (dd/mm/aaaa)		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Número de seguro social o número de identificación alternativo			
Dirección particular (calle, ciudad, estado, condado, código postal)			Número de teléfono particular	Dirección de correo electrónico			
Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de TruAssure por correo electrónico. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Doy mi consentimiento para recibir correo electrónico relacionado con la póliza de TruAssure por correo electrónico. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Nombre del empleador			Número de grupo	Fecha de entrada en vigor de la cobertura			
2. EMPLEADO / DEPENDIENTE / INCORPORACIONES / CANCELACIONES / CAMBIOS							
Marque una de las opciones a continuación: <input type="checkbox"/> Sí , deseo inscribirme en esta cobertura grupal. <input type="checkbox"/> No deseo inscribirme en esta cobertura grupal. <i>Si elige "No", ¿tiene otra cobertura de seguro dental?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
3. MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO							
<input type="checkbox"/> Inscripción inicial o abierta	<input type="checkbox"/> COBRA	Fecha de finalización de COBRA ____/____/____			<input type="checkbox"/> Jubilado/a		
<input type="checkbox"/> Restablecimiento debido a:	<input type="checkbox"/> Recontratación	<input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura	<input type="checkbox"/> Otro _____				
<input type="checkbox"/> Agregar dependiente (indicar a continuación) debido a:							
<input type="checkbox"/> Nacimiento	<input type="checkbox"/> Adopción	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Sociedad doméstica	<input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura	<input type="checkbox"/> Tutela legal		
<input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	<input type="checkbox"/> Dependiente militar	<input type="checkbox"/> Otro _____					
<input type="checkbox"/> Fecha del evento calificador ____/____/____							
<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura de dependiente (indicar a continuación) debido a:							
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Otra cobertura en otro lugar	Fecha del evento calificador ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Terminación del contrato laboral	Fecha ____/____/____		<input type="checkbox"/> Cobertura a cargo del cónyuge	Fecha ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre (nombre anterior _____)							<input type="checkbox"/> Cambio de dirección
4. DEPENDIENTES (Indique el nombre de todos los dependientes que se asegurarán con la póliza grupal).							
AGREGAR	ELIMINAR	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	AGREGAR	ELIMINAR	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cónyuge:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:	
5. SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN (Seleccione una opción):							
<input type="checkbox"/> Solo para el empleado.				<input type="checkbox"/> Empleado más un dependiente.			
<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge.				<input type="checkbox"/> Empleado más dos o más dependientes.			
<input type="checkbox"/> Empleado más un dependiente niño.				<input type="checkbox"/> Familia – empleado y sus dependientes.			
<input type="checkbox"/> Empleado más dos o más dependientes niños.				<input type="checkbox"/> Empleado más niños(s).			

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 grupal 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.

ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presenta una reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Firma del empleado

Fecha en la que se firma