



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

TruAssure Insurance Company es una Compañía con domicilio en Illinois.

ATENCIÓN: Inscripción en TruAssure | FAX: (630) 381-4807 | TELÉFONO: (866) 922-6004

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

AFILIADO

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

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

AFILIADO/EMPLEADO/DEPENDIENTE/ADICIONES/RESCINSIONES/CAMBIOS

Marque una de las opciones a continuación.

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

¿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/entrega en adopción Matrimonio Sociedad doméstica 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 cobertura del dependiente debido a los siguientes motivos:

Edad Fallecimiento Divorciado(a) Otra cobertura en otro lugar

Fecha del evento calificador ___/___/___

Finalización de empleo

Fecha ___/___/___

Cobertura a cargo de cónyuge o sociedad doméstica

Fecha ___/___/___

Cambio de nombre

Nombre anterior _____ Nuevo nombre _____

Cambio de dirección

DEPENDIENTES

Indique el nombre de todos los dependientes que estarán asegurados por la póliza de Grupo.

Agregar	Borrar	Nombre	Apellido (si es distinto del solicitante)	Fecha de nacimiento DD/MM/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:

Afiliado solamente

Afiliado más un dependiente

Afiliado y cónyuge

Afiliado más dos o más dependientes

Afiliado más un hijo dependiente

Familia – Afiliado y dependientes

Afiliado más dos o más hijos dependientes

Afiliado más hijos(s)

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio; o bien, que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y estará sujeta al pago de multas de resarcimiento económico, al cumplimiento de una condena en prisión o cualquier combinación de ambas.

LEA Y ACEPTE LA ADVERTENCIA ANTERIOR O LA ADVERTENCIA QUE CORRESPONDA 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 PROPORCIONEMOS LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

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 según la ley estatal.

ARKANSAS: Toda persona que, a sabiendas, presente 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 estará sujeta al pago de multas o al cumplimiento de una condena en prisión.

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

CALIFORNIA: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida será culpable de un delito y estará sujeta al pago de multas y al cumplimiento de una condena 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 lo dispuesto por la Ley de Atención Sanitaria Asequible (Affordable Care Act, ACA).

COLORADO: Es ilegal proporcionar intencionalmente información o elementos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros a los efectos de defraudar o intentar defraudar a dicha compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o elementos 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 denunciado ante la División de Seguros de Colorado que se encuentra en el Departamento de Agencias de Normativas.

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.

KANSAS: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio; o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de fraude contra el seguro según la determinación de un tribunal.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

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 constituye un delito.

LOUISIANA: Toda persona que, a sabiendas, presente 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 estará sujeta al pago de multas y al cumplimiento de una condena en prisión.

MARYLAND: Toda persona que, a sabiendas e intencionadamente, presente 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 estará sujeto al pago de multas y al cumplimiento de una condena 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 presente 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 la sección 638:20.

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

NORTH CAROLINA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora o solicitante de seguros, presente, provoque que sea presentada o asista en la presentación de una reclamación que contenga información falsa o engañosa será culpable de un delito que hará que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

OHIO: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación 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 una reclamación que contenga 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 constituye un delito; y en consecuencia, dicha persona estará sujeta a sanciones civiles y penales.

LA MANCOMUNIDAD DE PENNSYLVANIA: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La versión en inglés de este documento constituye la versión oficial y prevalecerá para la resolución en el caso de conflicto o reclamación. La versión en español se proporciona al cliente como cortesía y con fines informativos únicamente.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

RHODE ISLAND: Toda persona que, a sabiendas, presente 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 estará sujeta al pago de multas y al cumplimiento de una condena 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, a sabiendas, presente 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 estará sujeta al pago de multas y al cumplimiento de una condena en prisión.

LA MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contengan una declaración falsa o engañosa puede estar violando la legislación estatal.

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, a sabiendas, presente 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 estará sujeta al pago de multas y al cumplimiento de una condena en prisión.

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.

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 grupo a TruAssure Insurance Company. Si debo aportar a la prima de mi cobertura, comprendo que mi empleador tomará las medidas necesarias para que este aporte se deduzca de la nómina.

Firma del afiliado

Fecha

___/___/___

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



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

العربية (Arabic)

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

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.

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 (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.