



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:
 Sí, deseo inscribirme en esta cobertura grupal.
 No deseo inscribirme en esta cobertura grupal. *Si elige "No", ¿tiene otra cobertura de seguro dental?* Sí No

3. MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO

Inscripción inicial o abierta COBRA Fecha de finalización de COBRA ____/____/____ Jubilado/a
 Restablecimiento debido a: Recontratación Pérdida de otra cobertura Otro _____
 Agregar dependiente (indicar a continuación) debido a:
 Nacimiento Adopción Matrimonio Sociedad doméstica Pérdida de otra cobertura Tutela legal
 Dependiente discapacitado Dependiente militar Otro _____
 Fecha del evento calificador ____/____/____
 Cancelar cobertura de dependiente (indicar a continuación) debido a:
 Edad Muerte Divorcio Otra cobertura en otro lugar Fecha del evento calificador ____/____/____
 Terminación del contrato laboral Fecha ____/____/____ Cobertura a cargo del cónyuge Fecha ____/____/____
 Cambio de nombre (nombre anterior _____) 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):

Solo para el empleado. Empleado más un dependiente.
 Empleado y cónyuge. Empleado más dos o más dependientes.
 Empleado más un dependiente niño. Familia – empleado y sus dependientes.
 Empleado más dos o más dependientes niños. 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 presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o un beneficio, o bien que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, puede ser culpable de fraude contra el seguro y puede quedar sujeta a acusación por fraude contra el seguro.

 Firma del empleado _____
 Fecha en la que se firma