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

TruAssure Insurance Company es una empresa con sede en Illinois.

ATENCIÓN: TruAssure Enrollment | TELÉFONO: (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	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento ___/___/_____

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono ( )	Dirección de correo electrónico	Número de Seguro Social (opcional)	Género ☐ M ☐ F

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

Acepto recibir la Explicación de beneficios (EOB) de TruAssure por correo electrónico. ☐ Sí ☐ No

Acepto recibir la póliza y las comunicaciones legalmente requeridas de TruAssure por correo electrónico. ☐ Sí ☐ No

¿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 _____

Los residentes de ARKANSAS, FLORIDA, OKLAHOMA, PENSILVANIA y VIRGINIA deben responder 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 de dependiente(s) ☐ Cambio en tipo de cobertura ☐ Reinscripción de póliza

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA

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

Solo en Missouri, TruAssure le notificará si la solicitud ha sido aceptada o no, o le dará el motivo de cualquier retraso adicional dentro de los sesenta (60) días desde que TruAssure recibió la solicitud en su oficina central.

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.

☐ **TruAssure Individual and Family Max Savings Plan**

☐ **TruAssure Individual and Family Choice Plan* con el siguiente valor anual máximo:**

☐ Valor anual máximo $1,250 ☐ Valor anual máximo $2,000 ☐ Valor anual máximo $3,000

TruAssure Individual and Family Choice Plan no está disponible en Ohio.

☐ **TruAssure Individual and Family Choice Plus Plan* con el siguiente valor anual máximo:**

☐ Valor anual máximo $1,250 ☐ Valor anual máximo $2,500 ☐ Valor anual máximo $5,000

TruAssure Individual and Family Choice Plus Plan no está disponible en Ohio.

☐ **TruAssure Basic Adult or Child Dental Plan, ACA Certified**

☐ **TruAssure Preferred Adult or Child Dental Plan, ACA Certified***

☐ **TruAssure Preventive Dental Plan, ACA Certified**

TARIFAS DE LA PRIMA MENSUAL PARA EL TRUASSURE INDIVIDUAL AND FAMILY MAX SAVINGS PLAN, CHOICE PLAN O CHOICE PLUS PLAN

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 LA PRIMA MENSUAL PARA TRUASSURE INDIVIDUAL AND FAMILY BASIC ADULT OR CHILD DENTAL PLAN, ACA CERTIFIED, PREFERRED ADULT OR CHILD DENTAL PLAN, ACA CERTIFIED O PREVENTIVE DENTAL PLAN, ACA CERTIFIED

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

Miembros de 18 años de Edad o menos (Tarifa por miembro) **$**	**Miembros de 19 años de Edad o más** (Tarifa por miembro) **$**

Enumere todas las personas que estarán cubiertas por la póliza.

Agregar	**Eliminar**	**Primer nombre**	**Apellido** (Si difiere del Solicitante)	**Fecha de nacimiento** MM/DD/AAAA	**Relación con el Solicitante**	**Estado del dependiente**	**Género**
				___/___/_____		☐ Militar ☐ Discapacitado(a)	☐ M ☐ F
				___/___/_____		☐ Militar ☐ Discapacitado(a)	☐ M ☐ F
				___/___/_____		☐ Militar ☐ Discapacitado(a)	☐ M ☐ F
				___/___/_____		☐ Militar ☐ Discapacitado(a)	☐ M ☐ F
				___/___/_____		☐ Militar ☐ Discapacitado(a)	☐ M ☐ F

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 ☐ Muerte ☐ Otra cobertura en otro lugar Nombre del dependiente _____

☐ Edad ☐ Muerte ☐ 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 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**	**Código postal de la institución financiera**

Tipo de cuenta (elija una opción)

☐ Cuenta de cheques ☐ Cuentas de ahorros Nombre que figura en la cuenta _____

Número de ruta bancaria	**Número 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	Número de tarjeta	Fecha de vencimiento	Código de seguridad
		_____ mes _____ año	

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 10 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

PARA PERSONAS EN TODOS LOS ESTADOS MENOS KANSAS: 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.

PARA PERSONAS EN KANSAS: Entiendo que si mi banco rechaza cualquier débito ACH solicitado por TruAssure en virtud de este acuerdo, el pago posterior de cualquier prima adeudada no mantendrá vigente la Póliza, excepto según lo dispuesto en el Periodo de Gracia. Si TruAssure no recibe la prima adeudada antes del final del Periodo de gracia, la Póliza se cancelará automáticamente al final del periodo por el cual se pagó la última prima.

Información adicional si paga con tarjeta de crédito
PARA PERSONAS EN TODOS LOS ESTADOS MENOS KANSAS: 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.

PARA PERSONAS EN KANSAS: Entiendo que si la compañía de mi tarjeta de crédito rechaza cualquier transacción solicitada por TruAssure en virtud de este acuerdo, el pago posterior de cualquier prima adeudada no mantendrá vigente la Póliza, excepto según lo dispuesto en el Periodo de Gracia. Si TruAssure no recibe la prima adeudada antes del final del Periodo de gracia, la Póliza se cancelará automáticamente al final del periodo por el cual se pagó la última prima. 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: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o, que a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o cualquier combinación de estos.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

LEA Y ACEPTE LA ADVERTENCIA ANTERIOR O LA ADVERTENCIA APLICABLE A SU ESTADO Y FIRME EN LA PÁGINA 10 DE ESTA SOLICITUD.

ESTOS ESTADOS EXIGEN QUE LE INFORMEMOS LO SIGUIENTE:

ALASKA: Una persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada conforme a la ley estatal.

ARKANSAS: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

ARIZONA: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro, estará sujeta a sanciones penales y civiles.

CALIFORNIA: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

CALIFORNIA: La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

CALIFORNIA: Esta póliza no ofrece Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) pediátricos según lo dispuesto en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las penas 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 hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o al reclamante, con el fin de defraudarlo o intentar defraudarlo con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadero en virtud de los ingresos del seguro, se denunciará ante la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

DISTRITO DE COLUMBIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las penas incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

DELAWARE: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a un asegurador, presente una declaración de siniestro 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 una compañía de seguros, presente una declaración de siniestro 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 una compañía de seguros, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

INDIANA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presenta una declaración de siniestro que contiene información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

KANSAS: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o, que a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, podrá ser declarada culpable de fraude al seguro por un tribunal de justicia.

ESTADO DE KENTUCKY: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de siniestro que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a un hecho sustancial, cometerá un acto de fraude al seguro, lo cual es un delito

LUISIANA: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

MARYLAND: Toda persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

MAINE, según el título 24-A, artículo 2186 (3): Es delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Las penas pueden incluir prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.

MINNESOTA: Toda persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar a una aseguradora, o que ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora, es culpable de un delito.

NEW HAMPSHIRE: Toda persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de siniestro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será procesada y condenada por fraude al seguro según lo dispuesto en el artículo 638:20.

NEW JERSEY: Toda persona que, a sabiendas presente una declaración de siniestro que contenga información falsa o engañosa, estará sujeta a sanciones penales y civiles.

NORTH CAROLINA: Toda persona con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a un asegurador o reclamante de seguros es culpable de un delito (delito grave de la clase H), y "PUEDE" estar sujeta a sanciones penales y civiles.

OHIO: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está favoreciendo un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude al seguro.

OKLAHOMA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a un asegurador, haga un reclamo por el producto 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 está favoreciendo un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa podrá ser culpable de fraude al seguro.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

ESTADO DE PENSILVANIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de siniestro que contenga información sustancialmente falsa u oculte con el propósito de engañar, información relativa a un hecho sustancial, cometerá un acto de fraude al seguro, lo cual es un delito y someterá a dicha persona a sanciones penales y civiles.

RHODE ISLAND: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

TENNESSEE: "Es delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Las penas incluyen prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.

TEXAS: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

ESTADO DE VIRGINIA: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está favoreciendo un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede violar la ley estatal.

ESTADO DE VIRGINIA: En caso de controversia, prevalecerán las disposiciones de la versión aprobada en inglés del formulario.

THE COMMONWEALTH OF VIRGINIA: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: En caso de haber alguna disputa, prevalecerán las disposiciones de la versión en inglés aprobada del documento.

WASHINGTON: "Es delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Las penas incluyen prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.

WEST VIRGINIA: "Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

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		**Número de teléfono** ( )	
Dirección postal	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**
Correo electrónico	**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	**Fecha** ___/___/_____

SECCIÓN SOBRE EL AGENTE/PRODUCTOR

Solo en California, Declaración del agente: (1) A mi leal saber y entender, la información que figura en la solicitud es completa y exacta. (2) He explicado al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que supone para él proporcionar información inexacta y el solicitante ha entendido la explicación.

Declaro intencionadamente como verdadero cualquier hecho sustancial que sé que es falso, que además de cualquier sanción aplicable o recurso disponible en virtud de la legislación vigente, estará sujeto a una sanción civil de hasta diez mil dólares ($10.000).

Firma del agente de seguros con licencia (si corresponde)	**Fecha** ___/___/_____
Nombre en letra imprenta del agente de seguros con licencia (si corresponde)	**Número de licencia del agente o número 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)	**Número de licencia del agente general o número de productor nacional**
Estado de la licencia del agente general	**Dirección de correo electrónico del agente general**

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

La discriminación es ilegal

TruAssure cumple con todas las leyes de derechos civiles federales y estatales correspondientes. TruAssure no discrimina, no excluye a personas, ni las trata de manera diferente sobre la base del género, sexo (que incluye la discriminación sobre la base de características sexuales, incluyendo rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad o expresión de género; y estereotipos sexuales), raza, color, credo religioso, origen nacional, ciudadanía, edad, discapacidad física o intelectual, estatus protegido de veterano, estado civil, información genética o cualquier otra característica prohibida por la ley.

TruAssure:

- Brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos a individuos con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados del lenguaje para sordos
  - Información escrita en otros formatos (impresos en letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Provee servicios gratis de asistencia en otros idiomas a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados para la interpretación oral
  - Documentos impresos y electrónicos traducidos a otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a nuestro Coordinador de Derechos Civiles. Si usted cree que TruAssure ha fallado en la provisión de estos servicios o discriminado de manera alguna, puede presentar una queja en:

Civil Rights Coordinator
TruAssure
111 Shuman Boulevard
Naperville IL 60563
Teléfono: 630-718-4995
Correo electrónico: compliance@truassure.com

Usted puede presentar una queja en persona o por correo, teléfono o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles), electrónicamente a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal) disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios para quejas disponibles en http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Esta notificación está disponible en el sitio web de TruAssure en https://www.truassure.com/nondiscrimination-notice.html

العربية (Arabic)	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على 1-888-559-0779 أو تحدث إلى مقدم الخدمة.
繁體中文 (Chinese)	注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-888-559-0779 或與您的提供者討論。
Français (French)	ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-888-559-0779 ou parlez à votre fournisseur.
Kreyòl Ayisyen (French Creole)	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-888-559-0779 oswa pale avèk founisè w la.
Deutsch (German)	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-888-559-0779 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી (Gujarati)	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-888-559-0779 પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी (Hindi)	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-888-559-0779 पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano (Italian)	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-888-559-0779 o parla con il tuo fornitore.
日本語 (Japanese)	注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-888-559-0779 までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-559-0779 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Português (Portuguese)	ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-888-559-0779 ou fale com seu provedor.
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-888-559-0779 или обратитесь к своему поставщику услуг.
Español (Spanish)	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-888-559-0779 o hable con su proveedor.
Tagalog (Tagalog – Filipino)	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-888-559-0779 o makipag-usap sa iyong provider.
Tiếng Việt (Vietnamese)	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-888-559-0779 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.