



Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

TruAssure Insurance Company es una Compañía con domicilio en Illinois.

ATENCIÓN: TruAssure Enrollment | TELÉFONO: (888) 559-0781

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

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/AFILIADO/PARTICIPANTE

Nota: Si el afiliado es un niño, la solicitud deberá estar firmada por el padre, la madre, el tutor legal o la parte responsable. Complete esta sección para el afiliado.

| | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|--------|------------------------------------|----------------------------|--------|---|---------------|
| 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) | | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |

Estado civil

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Unión civil Sociedad doméstica

- 1) El Solicitante tiene el derecho o la opción de recibir o tener disponibilidad de acceso a comunicaciones por escrito impresas o de otra forma no electrónica.
- 2) El Solicitante tiene el derecho de retirar su consentimiento sin que sean impuestas condiciones ni consecuencias.

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

¿Usted o sus dependientes están cubiertos por algún otro programa de beneficios dentales? Sí No
En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD

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

FECHA SOLICITADA DE ENTRADA EN VIGENCIA

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

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

P.O. Box 804307 | Chicago, Illinois 60680-4104 | 888-559-0781 | truassure.com

1



Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES Y TARIFAS DE LA PRIMA MENSUAL CORRESPONDIENTE

Nota: Complete la sección Tarifas de la prima mensual que corresponda al plan de beneficios dentales que ha seleccionado.

SELECCIONE EL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

Seleccione solo un plan dental y donde corresponda, el valor anual máximo que desee.

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 Plus Plan* con el siguiente valor anual máximo:

Valor anual máximo \$1,250

Valor anual máximo \$2,500

Valor anual máximo \$5,000

TruAssure Basic Adult o Child Dental Plan, ACA Certified

TruAssure Preferred Adult o Child 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 a continuación la tarifa correspondiente del plan dental seleccionado.

| Afiliado únicamente | Afiliado únicamente (niño únicamente) | Afiliado + 1 dependiente | Familiar (Afiliado + 2 dependientes) |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| \$ | \$ | \$ | \$ |

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

TARIFAS DE LA PRIMA MENSUAL PARA TRUASSURE INDIVIDUAL AND FAMILY BASIC ADULT OR CHILD PLAN, ACA CERTIFIED OR PREFERRED ADULT OR CHILD PLAN, ACA CERTIFIED

Indique a continuación la tarifa correspondiente del plan dental seleccionado.

Afiliados de 18 años o menos (Tarifa por afiliado)

\$

Afiliados de 19 o más (Tarifa por afiliado)

\$

Enumere a todas las personas que debe cubrir la póliza.

| Agregar | Borrar | Nombre | Apellido (si es distinto del Solicitante) | Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA | Parentesco con el Solicitante | Dependiente Estado | 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 |
| | | | | __/__/____ | | <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Discapacitado | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |

CAMBIO DE COBERTURA

ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA AFILIADOS ACTUALES CON CAMBIOS DE COBERTURA.

Marque todos los eventos que correspondan.

Agregar dependiente debido a los siguientes motivos:

- Nacimiento
 Adopción/Entrega en adopción
 Matrimonio
 Sociedad doméstica
 Unión civil
 Tutela legal
 Orden judicial o administrativa
 Hijo dependiente con discapacidad
 Dependiente militar
 Otro _____

Indique los nombres de los dependientes nuevos mencionados arriba.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

OTROS CAMBIOS

Cancelar cobertura del dependiente (indicar a continuación) debido a los siguientes motivos:

- 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 dirección

| | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|---------------|
| Dirección de correo postal anterior | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección de correo postal nueva | Ciudad | Estado | Código postal |

Cambio en el tipo de cobertura _____

INSTRUCCIONES DE PAGO

Seleccione su método de pago: Cuenta bancaria
 Tarjeta de crédito

Opciones de pago: Mensual
 Anual

Si su método de pago es mediante cuenta bancaria, debe pagar todas las primas por vía electrónica utilizando su cuenta corriente o caja de ahorros. Si su método de pago es mediante tarjeta de crédito, de pagar todas las primas con tarjeta de crédito. Las primas se cobrarán de la cuenta o se cargarán a la tarjeta aproximadamente el día 27 de cada mes. Su prima inicial se deducirá en el momento en que se procese su solicitud.

Tenga en cuenta los siguientes puntos: Las solicitudes impresas deberán recibirse antes del día 20 del mes en curso para que entren en vigencia el día 1 del mes siguiente.

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA EL PAGO MEDIANTE 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)

Cuenta corriente Caja de ahorro Nombre del titular de la cuenta _____

| | |
|--|----------------------------------|
| Código de identificación bancaria | Número de cuenta bancaria |
|--|----------------------------------|

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

INSTRUCCIONES DE PAGO (CONTINUACIÓN)

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

Tipo de tarjeta

Visa MasterCard Discover American Express

| | | | | |
|---|--------------------------|--|----------------------------|----------------------|
| Nombre del titular de la tarjeta | Número de tarjeta | Fecha de vencimiento ____ mes ____ año | Código de seguridad | |
| Dirección de facturación del titular de la tarjeta, si es distinta de la dirección del solicitante | | | | Código postal |
| Dirección | | Ciudad | Estado | |

Autorización

Al firmar el presente documento (la firma figura en la página 7 de esta solicitud), autorizo a TruAssure Insurance Company a deducir el monto de la prima indicado anteriormente de la cuenta corriente o tarjeta de crédito indicadas, a partir del día 27 de cada mes, para el pago de mi prima (si el método de pago seleccionado es mensual). Comprendo que el primer débito de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH) o cargo de la tarjeta de crédito a mi cuenta se realizará inmediatamente y, si he seleccionado una opción de pago anual, el primer cargo de la tarjeta de crédito o débito ACH incluirá la prima anual.

Acepto que esta autorización seguirá en plena vigencia, a menos que TruAssure reciba una notificación de rescisión por escrito de mi parte. Acepto notificar a TruAssure por escrito sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la rescisión de esta autorización al menos tres (3) días (para débitos ACH) o veinticinco (25) días (para los cargos de la tarjeta de crédito) antes de la próxima fecha de facturación.

Comprendo que TruAssure me notificará con anticipación en caso de que se modifique el monto de la prima. Al firmar el presente documento autorizo a TruAssure y a la compañía de la tarjeta de crédito o al banco identificado anteriormente a procesar los cargos de la tarjeta de crédito o los débitos ACH que se autorizan aquí. Si yo no soy la persona asegurada según 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 soy el padre, la madre o el tutor legal, comprendo que todos los cambios en la póliza que puedan afectar el monto del cargo solo se comunicarán a la persona asegurada.

Acepto que, si tengo algún problema o preguntas referentes a esta autorización o mi póliza de seguro, me pondré en contacto con TruAssure para recibir asistencia llamando al 888-559-0781. Garantizo que soy el titular o el usuario autorizado de esta cuenta bancaria (para débitos ACH), o el titular legal de la tarjeta o el usuario autorizado (para los cargos de la tarjeta de crédito), y que estoy legalmente autorizado para celebrar con TruAssure este Acuerdo de autorización para facturación periódica con débito ACH o tarjeta de crédito.

Información adicional en caso de pagar con débito ACH

Si mi institución financiera rechaza un débito ACH de TruAssure por falta de fondos, comprendo y acepto que TruAssure puede intentar procesar el cargo nuevamente en un plazo de treinta (30) días si no he proporcionado un método de pago alternativo.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

Comprendo que si mi banco no paga los débitos ACH solicitados por TruAssure en virtud de este acuerdo, TruAssure puede aplicarme un cargo por servicio de \$25 y cobrarlo mediante un débito ACH.

Información adicional en caso de pagar con tarjeta de crédito

Comprendo que ante cualquier operación de pago a TruAssure que no sea efectuada por mi compañía de tarjeta de crédito, TruAssure podría aplicar un cargo por servicio de \$25. Asimismo, autorizo a TruAssure a aplicar en la misma tarjeta de crédito los cargos de futuras pólizas que pueda comprar a TruAssure, siempre y cuando de mi consentimiento verbal.

Al presentar esta solicitud a TruAssure Insurance Company ("TruAssure") para la póliza de cobertura dental, acepto y comprendo que esta solicitud formará parte de la póliza y me comprometo a cumplir los términos de la póliza expedida por TruAssure. Comprendo que, si corresponde, mi firma electrónica en este formulario tiene la misma validez que mi firma original. Además, acepto que la cobertura solicitada está sujeta a la aprobación por parte de TruAssure y que ningún agente o representante tiene autoridad para realizar cambios o modificar esta solicitud de cobertura. Por el presente, declaro que toda la información que figura en esta solicitud es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Asimismo, comprendo que toda omisión intencionada o tergiversación significativa de la información presentada, puede anular o invalidar esta solicitud y la subsecuente póliza.

Tenga en cuenta los siguientes puntos: Las solicitudes impresas deberán recibirse antes del día 20 del mes en curso para que entren en vigencia el día 1 del mes siguiente. Las solicitudes impresas recibidas después del día 20 entrarán en vigencia el día 1 del mes posterior al mes siguiente. Las solicitudes completadas y enviadas por medio de sitio web TruAssure.com serán procesadas el siguiente día hábil y entrarán en vigencia el día 1 del mes siguiente. Cobertura supeditada a la aceptación del asegurador.

ADVERTENCIA: 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.

LEA Y ACEPTE LA ADVERTENCIA ANTERIOR Y FIRME EN LA PÁGINA 7 DE ESTA SOLICITUD.

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.

TruAssure Insurance Company cumple con la legislación federal de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo o identidad sexual.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Solicitud de Póliza dental individual y familiar/ Formulario de cambio de estado

LA PÓLIZA PROPORCIONA BENEFICIOS DENTALES ÚNICAMENTE. REVISE LA PÓLIZA DETENIDAMENTE.

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| Firma del solicitante | Fecha __/__/__ |
|------------------------------|--------------------------|

SI LA SOLICITUD ES DE UNA PÓLIZA DE HIJO ÚNICAMENTE, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

| | | | |
|---|---------------|--------------------------------------|----------------------|
| Nombre y apellido del padre, la madre, el tutor legal o la parte responsable | | Número de teléfono () | |
| Dirección postal | Ciudad | Estado | Código postal |
| Correo electrónico | | Parentesco con el solicitante | |

Yo, certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del niño solicitante y que tengo el derecho legal para celebrar este contrato en su nombre.

| | |
|---|--------------------------|
| Firma del padre, la madre, el tutor legal o la parte responsable | Fecha __/__/__ |
|---|--------------------------|

SECCIÓN PARA EL AGENTE/PRODUCTOR

| | |
|--|---|
| Firma del agente de seguros con licencia (si corresponde) | Fecha __/__/__ |
| Nombre del agente de seguros con licencia en letra de imprenta (si corresponde) | Número de licencia del agente o número de productor nacional |
| Estado al que pertenece la licencia del agente | Dirección de correo electrónico del agente |
| Firma del agente general de seguros con licencia (si corresponde) | Fecha __/__/__ |
| Nombre del agente general de seguros con licencia en letra de imprenta (si corresponde) | Número de licencia del agente general o número de productor nacional |
| Estado al que pertenece la licencia del agente general | Dirección de correo electrónico del agente general |

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Solicitud de Póliza dental individual 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.

Chinese

繁體中文

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。

French

Français

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

French Creole

Kreyòl Ayisyen

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

German

Deutsch

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

Gujarati

ગુજરાતી

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

Hindi

हिंदी

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

Italian

Italiano

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

Japanese

日本語

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。

Korean

한국어

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

Portuguese

Português

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

Russian

Русский

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

Spanish

Español

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.

Vietnamese

Tiếng Việt

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.