



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).																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGREGAR</th> <th>ELIMINAR</th> <th>NOMBRE</th> <th>FECHA DE NACIMIENTO</th> <th>AGREGAR</th> <th>ELIMINAR</th> <th>NOMBRE</th> <th>FECHA DE NACIMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cónyuge:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Niño:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Niño:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Niño:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Niño:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Niño:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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:	
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.

EL CERTIFICADO PROPORCIONA BENEFICIOS DENTALES SOLAMENTE. REVISE EL CERTIFICADO DETENIDAMENTE

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 es culpable de un delito y pueden aplicarse multas de indemnización o penas de reclusión en la cárcel, o cualquier combinación de estos.

Firma del empleado

Fecha en la que se firma



Discrimination is Against the Law

TruAssure complies with all applicable Federal and State civil rights laws. TruAssure does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of gender, sex (which includes discrimination on the basis of sex characteristics, including Intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity or expression; and sex stereotypes), race, color, religious creed, national origin, citizenship, age, physical or intellectual disability, protected veteran status, marital status, genetic information, or any other characteristic protected by law.

TruAssure:

- Provides free auxiliary aids and services to individuals with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, braille, audio, accessible electronic formats, etc.)
 - Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters for oral interpretation
 - Electronic and written translated documents in other languages
- If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that TruAssure has failed to provide these services or discriminated in any way, you can file a grievance with:

Civil Rights Coordinator
TruAssure
111 Shuman Boulevard
Naperville IL 60563
Phone: [630-718-4995](tel:630-718-4995)
Email: compliance@truassure.com

You can file a grievance in person or by mail, phone or email. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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

Complaint forms are available at <https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
This notice is available at TruAssure's website at <https://www.truassure.com/nondiscrimination-notice.html>

العربية (Arabic)	تنبیه: إذا اکتبت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتسهيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على ال 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。您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 sevis ed aladiapoziyon w gratis pou lang ou pale a. Ed ak sevis siplemante apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksepsib 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 Sprachassistenzen 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 આધિકારી સહાય અને એક્સ્ટ્રિયાલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-888-559-0779 પર ફોન કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સેવા વાત કરો.
हिंदी (Hindi)	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी नि:शुल्क 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 il 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 serbisyon tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxilyaryo 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.