



## 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.**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> ___/___/___
<b>Dirección postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono</b> ( )	<b>Dirección de correo electrónico</b>	<b>Número de seguro social (opcional)</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

#### Estado civil

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

**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 \_\_\_\_\_

Los residentes de PENNSYLVANIA deben responder a la siguiente pregunta. Si la respuesta es "Sí", deberá rellenar el Aviso al Solicitante referente al Reemplazo del Seguro de Accidente y Enfermedad, y enviarlo con esta aplicación. Usted también deberá conservar una copia como comprobante.

**¿Tiene pensado reemplazar su seguro dental actual por esta póliza?**  Sí  No

### 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**



# 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, certificado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA)**

**TruAssure Preferred Adult o Child Dental Plan, certificado por la ACA\***

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

*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 O CHILD PLAN, PREFERRED ADULT O CHILD PLAN Y CERTIFICADOS POR LA ACA

Indique a continuación la tarifa correspondiente del plan dental seleccionado.

**Afiliados de 18 años o menos** (Tarifa por afiliado)

\$

**Afiliados de 19 años 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 MM/DD/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**

<b>Ciudad de la institución financiera</b>	<b>Estado de la institución financiera</b>	<b>Código postal de la institución financiera</b>
--	--	---

**Tipo de cuenta** (elija una)

Cuenta corriente    Cuenta de ahorro   Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

<b>Código de identificación bancaria</b>	<b>Número de cuenta bancaria</b>
--	----------------------------------

**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
<b>Dirección de facturación del titular de la tarjeta, si es distinta de la dirección del solicitante</b>			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 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 es un delito, y tal persona estará sujeta a sanciones penales y civiles.

### **LEA Y ACEPTE LA ADVERTENCIA ANTERIOR Y FIRME EN 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.

<b>Firma del solicitante</b>	<b>Fecha</b> __/__/__
------------------------------	--------------------------

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

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

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.

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

### SECCIÓN PARA EL AGENTE/PRODUCTOR

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

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE





## 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](mailto: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 tumulong 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.