



# Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

TruAssure Insurance Company es una Compañía domiciliada en Illinois.

**ATENCIÓN: TruAssure Enrollment | FAX: (630) 381-4807 | TELÉFONO: (866) 922-6004**

Por favor, teclee o escriba claramente con tinta negra y rellene esta solicitud en su totalidad. Si la solicitud está incompleta, es posible que sea rechazada o que se retrase la fecha de entrada en vigencia.

## MIEMBRO

<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Inicial de su segundo nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> ___/___/___
<b>Fecha de contratación</b> ___/___/___	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Sociedad doméstica		<b>Número de seguro social o número de identificación alternativo</b>	
<b>Dirección postal</b>			<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono</b> ( )			<b>Correo electrónico</b>		
<b>Nombre del empleador</b>			<b>Número de grupo</b>	<b>Fecha de entrada en vigor solicitada de la cobertura</b> ___/___/___	

**Doy mi consentimiento para recibir la Explicación de Estado de Beneficios (EEB) de TruAssure por correo electrónico.**  Sí  No

**Doy mi consentimiento para recibir la póliza y comunicaciones requeridas legalmente de TruAssure por correo electrónico.**  Sí  No

## MIEMBRO/ EMPLEADO/ DEPENDIENTE/ ADICIONES/ TERMINACIONES/ CAMBIOS

### Marque una de las opciones a continuación.

- Sí**, deseo inscribirme en esta cobertura de Group.
- No**, no deseo inscribirme en esta cobertura de Group.

¿Usted o sus dependientes están cubiertos por algún otro programa de beneficios dentales?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí," indique el nombre de la compañía:  
\_\_\_\_\_

## MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO

**Inscripción Inicial o Abierta**

**COBRA**  
Fecha de finalización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Jubilado**

**Restablecimiento debido a:**  
 Recontratación  Pérdida de otra cobertura  Otro \_\_\_\_\_

**Agregar dependiente debido a:**  
 Nacimiento  Adopción/Colocación para adopción  Matrimonio  Sociedad doméstica  
 Unión civil  Tutela legal  Pérdida de otra cobertura  Hijo dependiente con discapacidad  
 Dependiente militar  Orden judicial  Otro \_\_\_\_\_

**Fecha del evento calificador** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



# Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

## MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO (CONTINUACIÓN)

**Cancelar dependiente debido a:**

- Edad     Fallecimiento     Divorciado(a)     Otra cobertura en otro lugar

Fecha del evento calificador \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Terminación de empleo**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cobertura a cargo del cónyuge, Sociedad doméstica, o Unión civil**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cambio de nombre**

Nombre anterior \_\_\_\_\_ Nuevo nombre \_\_\_\_\_

**Cambio de dirección**

## DEPENDIENTES

*Indique el nombre de todos los dependientes que se asegurarán con la póliza de Grupo.*

Agregar	Borrar	Nombre	Apellido (si es diferente al del solicitante)	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Parentesco con el solicitante	Estado del dependiente	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

## SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

*Seleccione una opción:*

**Miembro solamente**

**Miembro más un dependiente**

**Miembro y cónyuge**

**Miembro más dos o más dependientes**

**Miembro más un hijo dependiente**

**Familia – Miembro y dependientes**

**Miembro más dos o más hijos dependientes**

**Miembro más hijos(s)**

**ADVERTENCIA:** Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta 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.

**LEA Y ACEPTE LA ADVERTENCIA ANTERIOR O LA ADVERTENCIA APLICABLE A SU ESTADO Y FIRME EN LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO DE ACUERDO/CAMBIO.**

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

### LOS SIGUIENTES ESTADOS REQUIEREN QUE LE ACONSEJEMOS A USTED DE LO SIGUIENTE:

**ALASKA:** Toda persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podrá ser procesada bajo la ley estatal.

**ARKANSAS:** Toda persona que presente a sabiendas 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 podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

**ARIZONA:** Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida estará sujeta a sanciones de carácter criminal y civil.

**CALIFORNIA:** Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida será culpable de un delito y podrán aplicarse multas reclusión en una prisión estatal.

**CALIFORNIA:** La legislación de California prohíbe el requerimiento de una prueba del VIH o el uso de la misma por parte de compañías de seguro médico como condición para la obtención de cobertura de seguro médico.

**CALIFORNIA:** Esta póliza no ofrece beneficios esenciales para la salud (Essential Health Benefits, EHB) de tipo pediátrico, según dispone la Ley de Atención Sanitaria Asequible (Affordable Care Act, ACA).

**COLORADO:** Es ilegal proporcionar intencionalmente hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular o solicitante de una póliza con motivo de defraudar o intentar defraudar al titular o solicitante de la póliza en lo que respecta a un acuerdo o una indemnización pagadera por procedimientos de seguros será reportado a la División de Seguros de Colorado que se encuentra en el Departamento de Agencias Reguladoras.

**DISTRITO DE COLUMBIA:** Proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía o cualquier otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Asimismo, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa significativamente relacionada con una reclamación.

**DELAWARE:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

**IDAHO:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

**INDIANA:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa cometerá un delito grave.

**KANSAS:** Cualquier persona que, a sabiendas, presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presenta información falsa en una solicitud de seguro es culpable de fraude de seguro según lo determine un tribunal de justicia.

**LA MANCOMUNIDAD DE KENTUCKY:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presente una reclamación que contenga alguna información

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier material real, estará cometiendo un acto de seguros fraudulento, lo cual es un delito.

LOUISIANA: Toda persona que presente a sabiendas 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 podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

MARYLAND: Toda persona que presente a sabiendas e intencionadamente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o bien, que intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

MAINE según el título 24-A Sección 2186 (3): Proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

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

NEW HAMPSHIRE: Toda persona que, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a acusación y penalización por fraude de seguros según lo provisto en la sección 638:20.

NEW JERSEY: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones de carácter criminal y civil.

NORTH CAROLINA: Toda persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora o un demandante de seguros será culpable de un crimen (delito grave de Clase H) que "PODRÁ" hacer que la persona se vea sujeta a sanciones penales y civiles.

OHIO: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contengan una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude contra el seguro.

OKLAHOMA: Toda persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente alguna reclamación por los beneficios 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 facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamación que contengan una declaración falsa o engañosa podrá ser culpable de fraude contra el seguro.

LA MANCOMUNIDAD DE PENNSYLVANIA: 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.

LA MANCOMUNIDAD DE PENNSYLVANIA: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La versión en inglés de este documento constituirá la versión oficial y controlará la resolución en el caso de alguna disputa o reclamación. La versión en español se proporciona como cortesía para el cliente y para su información solamente.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



## Formulario de inscripción/cambio de estado de Póliza dental de Grupo

RHODE ISLAND: Toda persona que presente a sabiendas 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 podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

TENNESSEE: "Proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro."

TEXAS: Toda persona que presente a sabiendas 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 podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión.

WASHINGTON: "Proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros a los efectos de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro."

WEST VIRGINIA: "Toda persona que presente a sabiendas 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 podrán aplicarse multas o penas de reclusión en prisión."

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La versión en español de este documento se proporciona únicamente como cortesía para el cliente. La versión en inglés de este documento constituirá la versión predominante en el caso de alguna disputa o reclamación.

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.

### **EL CERTIFICADO PROPORCIONA BENEFICIOS DENTALES SOLAMENTE. REVISE EL CERTIFICADO DETENIDAMENTE**

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 de group 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.

**Firma del miembro**

**Fecha**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**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 aladiapoziyòn 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 એક્સ્ટ્રાસિયલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના ખૂલે 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 serbisyo ng tulong sa wikang 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.