

**Must be completed in FULL – PLEASE PRINT** – Enrollment is not valid without signature at the bottom of this page.

<input type="checkbox"/> No Benefit <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D	First Name	Last Name	
Mailing Address			
City	State	Zip Code	
Phone	Date of Birth (MM/DD/YYYY)		
SSN/Member ID#	Marital Status <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Effective Date (MM/DD/YY)	Date of Hire (Required) (MM/DD/YY)		
Group Number	Subgroup/Dept. #		
Employer's Full Name			
Employer's Address			

**Coverage Selection** - Confirm available options with your employer. Check all that apply.

<b>Dental Plan</b>	
<input type="checkbox"/> Discount - Silver <input type="checkbox"/> Co-Pay - Gold <input type="checkbox"/> Co-Pay - Platinum <input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO* - Gold <input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO* - Platinum <input type="checkbox"/> Co-Insurance Indemnity - Platinum	<input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO/MAC - Platinum <input type="checkbox"/> Co-Insurance Passive PPO - Platinum <input type="checkbox"/> ACA EHB Child Only <input type="checkbox"/> Other _____ Dual Options - If applicable, select High or Low to indicate plan type, otherwise leave blank. <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Low
* Where permitted by law	
<b>Vision Plan</b>	
<input type="checkbox"/> Vis 1 <input type="checkbox"/> Vis 2 <input type="checkbox"/> Vis 3 <input type="checkbox"/> Vis 4 <input type="checkbox"/> Vis 5 <input type="checkbox"/> Vis 6 <input type="checkbox"/> Vis 7 <input type="checkbox"/> Vis 8 <input type="checkbox"/> Vis 9 <input type="checkbox"/> Vis 10 <input type="checkbox"/> Vis 11 <input type="checkbox"/> Other _____	
<b>AD&amp;D Plan Option - Utah &amp; Texas Only</b>	
<b>Contributory</b> - Amount \$ _____ <input type="checkbox"/> Employee (Complete beneficiary info on Designation Form) <input type="checkbox"/> Employee & Family (Complete individuals covered and sign page 2)	
<b>Voluntary</b> <input type="checkbox"/> AD&D - Amount \$ _____ (Complete beneficiary info on Designation Form) Principal Sums range from \$10,000 to \$250,000. Refer to plan flyer for specifications.	

**Individuals Covered** - List individuals for whom you are enrolling and select plan option.

<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D	Spouse Name - (Last, First, MI)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth - (MM/DD/YYYY)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D	Dependent Name - (Last, First, MI)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth - (MM/DD/YYYY)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D	Dependent Name - (Last, First, MI)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth - (MM/DD/YYYY)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D	Dependent Name - (Last, First, MI)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth - (MM/DD/YYYY)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> AD&D	Dependent Name - (Last, First, MI)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SSN	Date of Birth - (MM/DD/YYYY)

For additional dependents include the Dependent Enrollment Form

<b>Covered by other DENTAL Insurance?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If Yes, Name of other Dental Insurance Company	Name of Person Insured	Social Security Number
---	--	------------------------	------------------------

**Authorization of Coverage**

Authorization     Check here to waive if no coverage is desired     Check here to waive if you have additional coverage through another policy


I understand my information is protected by privacy laws and will be released only in accordance with these laws. The only people who have access to this information are employees of the Insurance Company who service my policy or claims and other third parties authorized by the Insurance Company. Information may be disclosed to those who have an insurance-related regulatory or legal need for the information. In other situations, We will ask you for written authorization to disclose information about you.

**WARNING: IT IS A CRIME TO PROVIDE FALSE OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURER FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING THE INSURER OR ANY OTHER PERSON. PENALTIES INCLUDE IMPRISONMENT AND/OR FINES. IN ADDITION, AN INSURER MAY DENY INSURANCE BENEFITS IF FALSE INFORMATION MATERIALLY RELATED TO A CLAIM WAS PROVIDED BY THE APPLICANT.**

**Fraud Warning for Kentucky Applicants:**  
**WARNING: ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILES AN APPLICATION FOR INSURANCE CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION OR CONCEALS, FOR THE PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT, WHICH IS A CRIME.**

I agree and understand that if my employer is contributing towards the cost of any of the insurance products I have chosen to decline, I will not be entitled to any compensation for my non-participation.

**Signature (Required)** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

 ACE USA is the U.S. domestic operating division of ACE Limited. Insurance products and services are provided by the U.S. insurance underwriting companies and not by ACE Limited. This plan of insurance is underwritten by ACE American Insurance Company.

**Se debe completar EN SU TOTALIDAD – POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE** — El presente formulario no será válido sin las firmas correspondientes en la página 2, y se devolverá si no está completo.

<input type="checkbox"/> No Beneficio <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>
<b>Dirección de Envío</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número de Teléfono Residencial</b>	<b>Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)</b>	
<b>Número de Seguro Social/ Numero de Membresía</b>	<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Fecha de Vigencia (DD/MM/AA)</b>	<b>Fecha de Contratación (Obligatorio) (DD/MM/AA)</b>	
<b>Número de Grupo</b>	<b>Número de Departamento/Subgrupo</b>	
<b>Nombre Completo del Empleador</b>		
<b>Dirección del Empleador</b>		

**Selección de Cobertura** – Confirmar las opciones disponibles con su empleador. Marque las que correspondan.

**Plan de Atención Dental**

<input type="checkbox"/> Discount - Silver	<input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO/MAC - Platinum
<input type="checkbox"/> Co-Pay - Gold	<input type="checkbox"/> Co-Insurance Passive PPO - Platinum
<input type="checkbox"/> Co-Pay - Platinum	<input type="checkbox"/> ACA EHB Child Only
<input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO* - Gold	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO* - Platinum	Opciones Duales. Si procede, seleccione Alto o Bajo, para indicar el tipo de plan. De lo contrario, deje la opción en blanco.
<input type="checkbox"/> Co-Insurance Indemnity - Platinum	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo

\* Cuando la ley lo permita

**Planes para el Cuidado de la Vista**

<input type="checkbox"/> Vis 1	<input type="checkbox"/> Vis 2	<input type="checkbox"/> Vis 3	<input type="checkbox"/> Vis 4	<input type="checkbox"/> Vis 5	<input type="checkbox"/> Vis 6
<input type="checkbox"/> Vis 7	<input type="checkbox"/> Vis 8	<input type="checkbox"/> Vis 9	<input type="checkbox"/> Vis 10	<input type="checkbox"/> Vis 11	
<input type="checkbox"/> Otro _____					

**Cobertura por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) - Disponible solamente para residentes de Utah y Texas**

**Contributivo** - Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Trabajador (Complete la información del beneficiario en el Formulario de Designación)

Trabajador y Familia (Indique las personas cubiertas y firme la página 2)

**Voluntario**

AD&D - Cantidad \$ \_\_\_\_\_ (Complete la información del beneficiario en el Formulario de Designación) Las sumas principales oscilan desde \$10,000 a \$250,000. Consulte el folleto de planificación para obtener las especificaciones.

**Personas Cubiertas** - Enliste las personas a quienes usted desea inscribir, cambiar y/o terminar.

<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Cónyuge - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Dependiente - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Dependiente - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Dependiente - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Dependiente - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

For additional dependents include the Dependent Enrollment Form

¿Está cubierto por otro seguro de atención dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de la compañía.	Nombre de la Persona Asegurada:	Número de Seguro Social:
---	--	---------------------------------	--------------------------

## Autorización de Cobertura/Cambio

**Autorización:**  A continuación, marque la opción que corresponda si no desea alguna cobertura.  A continuación, marque la opción que corresponda si desea renunciar a la cobertura, si ya cuenta con una cobertura adicional por medio de otra póliza.

Entiendo que las leyes de privacidad protegerán mi información personal, y la divulgarán únicamente de acuerdo a sus disposiciones. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información son los trabajadores de la compañía de seguros que administran mi póliza de seguro o reclamaciones, así como otros terceros autorizados por la compañía de seguros. Además, la información puede darse a conocer a aquellos que tengan una necesidad relacionada con seguros reglamentarios o jurídicos para dicha información. En otras situaciones, le pediremos a usted una autorización por escrito para divulgar su información personal.


**ADVERTENCIA: ES UN DELITO PROPORCIONAR, A SABIENDAS, INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O CUALQUIER OTRA PERSONA. LAS SANCIONES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO Y/O MULTAS. ADEMÁS, UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS PUEDE NEGAR CUALQUIER BENEFICIO DE COBERTURA SI EL SOLICITANTE PRESENTA INFORMACIÓN FALSA RELACIONADA ESENCIALMENTE CON UNA RECLAMACIÓN.**

**Advertencia de fraude para los solicitantes en Kentucky:**

**ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE CONTRA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN ESENCIALMENTE FALSA O QUE CON FINES ENGAÑOSOS OCULTE INFORMACIÓN PERTINENTE A ALGÚN HECHO MATERIAL EN LA MISMA, INCURRIRÁ EN UN ACTO FRAUDULENTO CONTRA LA LEY DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO.**

Entiendo y acepto que si mi empleador contribuye al costo de cualquiera de los productos de seguros que he decidido rechazar, no tendré derecho a indemnización alguna por mi falta de participación.

**Firma del Empleador (Obligatorio)** \_\_\_\_\_ **Fecha (DD/MM/AAAA)** \_\_\_\_\_

 ACE USA es la división nacional de operaciones de ACE Limited. Los productos y servicios de seguros son proporcionados por las compañías de seguros de los Estados Unidos y no por ACE Limited. Este plan de seguro está suscrito por ACE Propiedades y Accidentes Insurance.

**ace usa**