

inscripción/cambio/cancelación Formulario de Seguro Grupal

Ameritas Life Insurance Corp. of New York 1350 Broadway, Suite 2201 / New York, NY 10018 / 1-800-628-8889



Póliza y Div. # 026- _____

Cert. # _____

COBRA: Si el individuo continúa recibiendo cobertura:	Evento que lo califica	Fecha del evento
--	------------------------	------------------

Nombre y dirección del empleador (asegurado) _____

1 inscripción Dental Cuidado de la vista Término de todas las coberturas

Información Sobre el Empleado

Estado Civil Soltero Casado Pareja de unión civil* Pareja de hecho*

Número del seguro social _____ Número de dep. _____ * Tal como lo definen las leyes de su estado o grupo.

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del empleado _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de contratación de tiempo completo _____ Recontratado: Fecha de recontratación _____

Ocupación _____ Horas trabajadas por semana _____ Sus honorarios se pagan: Por hora o Por salario

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (ZIP) _____

Dirección de correo electrónico (no más de 60 caracteres) _____

¿Posee cobertura con otro plan de seguro dental? Empleado: Sí No Dependientes: Sí No

¿Posee cobertura con otro plan de seguro de cuidado de la vista? Empleado: Sí No Dependientes: Sí No

Información Sobre la Cobertura del Dependiente

Enumere a todos los dependientes elegibles para agregarlos o darlos de baja. (El empleado debe estar inscrito para cubrir a los dependientes)

Nombre legal completo en Imprenta (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Dental		Vista		Relación	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social	Estudiante universitario?
	agregar	dar de baja	agregar	dar de baja					
1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
5 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

Firma (empleado/asegurado) El certificado sólo brinda beneficios dentales y para el cuidado de la vista. Lea su certificado con detenimiento. Como empleado y mediante la presente, solicito o cancelo (en caso de haberlo indicado) el seguro grupal, para el cual soy elegible o para el cual podría ser elegible. Si se requiere un aporte, autorizo a mi empleador a debitar las primas de mi salario. LO SIGUIENTE SÓLO SE APLICA A LOS PLANES DE BENEFICIOS FLEXIBLES DE LA SECCIÓN 125: Me inscribo en la cobertura hasta el próximo período de inscripción excepto en caso de un evento que cambie mi vida. Los detalles se han explicado en el material de solicitud del plan, el cual he leído y comprendido. Declaro que la información brindada es completa y precisa a mi leal saber y entender. El asegurado certifica que la fecha de empleo, el cargo, las horas trabajadas y la información sobre el salario son correctas de acuerdo con los registros del asegurado.

X _____ **X** _____
 Firma del Empleado (no imprimir) Fecha Firma del Titular de la Póliza Fecha

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra una compañía aseguradora o cualquier otra entidad, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información sustancialmente falsa, u oculte datos con el propósito de brindar información engañosa relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento para con el seguro, el cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles cuyo valor no será mayor a cinco mil dólares ni mayor al valor del reclamo estipulado por cada tipo de violación.

Fecha participante tardío empleado _____

Fecha de entrada en vigencia	Clase	Código depto.
------------------------------	-------	---------------

Fecha participante tardío dependiente _____

2 cambio

Cambio de nombre Nombre nuevo _____ Nombre anterior _____

Agregar Cobertura de un Dependiente

Debido a matrimonio, ¿cuál es la fecha de la boda? _____ Debido a un nacimiento/adopción, ¿cuál es la fecha del evento? _____

Debido a la pérdida de cobertura, fecha y motivo: _____

En otros casos, fecha del evento y explicación: _____

Baja en la Cobertura de un Dependiente Cantidad de dependientes aún con cobertura: _____ Fecha de entrada en vigencia de la baja: _____

Debido a divorcio Debido a muerte Debido a período de elección anual Excede la edad máxima para calificar como dependiente

Otro (explicar) _____

3 cancelación SI NO DESEA LA COBERTURA, COMPLETE LA SECCIÓN DE CANCELACIÓN. LA CANCELACIÓN PODRÍA NO ESTAR PERMITIDA PARA ESTE PLAN. VERIFIQUELO CON SU EMPLEADOR. He tenido la oportunidad de solicitar el seguro grupal ofrecido por mi empleador y he decidido no aceptar la oferta:

para mí (no se aplica a las pólizas en fideicomiso – trust policies) sólo para mi cónyuge/pareja de hecho/unión civil sólo para mi/s hijo/s para mi cónyuge e hijo/s

debido a _____

Nombre de la compañía aseguradora y empleador del dependiente _____

En caso de querer solicitar este seguro grupal en el futuro, comprendo que se aplicará una penalidad por "inscripción tardía."