



Mutual of Omaha

Formulario de Inscripción para COBERTURA DE VIDA A TÉRMINO

Companion Life Insurance Company

(Proporcinando Cobertura de Seguro de Vida)

NOMBRE DEL CLUB: _____

Sección del Empleador (Deberá ser rellenado por el empleador. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco [*]).

*Nombre del Empleador: Trustees of Metropolitan Golf Association		Fecha de Empleo:	Identificación del Grupo: G0004771
Identificación del Subgrupo:	Código de Localidad:	Clase:	Ocupación:
*Salario: <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Cantidad <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual	*Fecha de Contratación:		Horas Trabajadas por Semana:

Sección del Empleado (Deberá ser rellenado por el empleado. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco [*]).

*Apellido:	*Primer Nombre:	Segundo:	
*Numero de La Seguro Social:	*Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):	*Género:	*Estado Civil:
*Direccion de Calle:			
*Ciudad:	*Estado:	*Codigo Postal:	

Elección de Cobertura por Seguro de Vida Voluntario y por AD&D

Cobertura Para Empleado y Dependientes	Cantidad del Beneficio - Seleccione Una Opción	Semanal Importe de Costo (Por Cheque de Pago - 52/Año)
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D - Empleado	<input type="checkbox"/> \$10,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$50,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$70,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$100,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$150,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Rechazar	
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D - Cónyuge	<input type="checkbox"/> \$5,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$10,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$25,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$50,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Rechazar	
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D - Hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$10,000 (cada hijo)	\$0.46 (todos hijos)
	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Rechazar	

Debe completar y enviar un formulario de Evidencia de Asegurancia si Usted o su cónyuge se van a inscribir en una cobertura Voluntaria de Seguro de Vida a Término que sobrepasa la Cantidad de Emisión Garantizada (GIA). El formulario está disponible a través de su empleador/administrador de beneficios o se encuentra disponible en la página <http://www.mutualofomaha.com/eoi>. El GIA es el valor inferior a 5 veces su salario anual ó \$150,000. Para su cónyuge, el GIA es el valor inferior de 50% del la cantidad para la que se inscribió o \$50,000. En ningún caso, la cantidad de su cobertura excederá 5 veces su salario.

- Debe escoger la cobertura para Usted para que sus dependientes sean elegibles.
- La cantidad de beneficio elegido para sus hijos no puede ser mayor de 50% de su cantidad de beneficios elegido.
- La cantidad de beneficio elegido para sus conyuge no puede ser mayor de 50% de su cantidad de beneficios elegido.
- Usted debe tener 70 años ó menos para que su cónyuge sea elegible para la cobertura. La cobertura del cónyuge finaliza cuando el/ella alcanza la edad de 70 años.
- Para ser elegibles para la cobertura, sus hijos dependientes deben ser menores de 21 años ó menores de 25 si son estudiantes a tiempo completo.

Beneficiario de Asignación de Beneficios por Fallecimiento (El asegurado se reserva el derecho a cambiar de beneficiario).

Si quisiera nombrar a más de un beneficiario, incluya una hoja separada con su firma y fecha. Los beneficiarios compartirán el beneficio por igual cantidades a menos que se indique lo contrario. Algunos estados tienen leyes con respecto a la designación de beneficiarios. Favor de consultar con su administrador de beneficios para obtener información adicional.

Designación de Beneficiarios Primarios

Apellido	Nombre	Parentesco con el Asegurado	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Número de Seguro Social:
Teléfono:	Dirección del Beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal):			

Designación de Beneficiarios Secundarios

Apellido	Nombre	Parentesco con el Asegurado	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Número de Seguro Social:
Teléfono:	Dirección del Beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal):			

Información de Inscripción:

La inscripción debe ocurrir dentro de los 31 días de la fecha en la que el empleado es elegible (ó según se indique en la póliza). Si debe pagar costos para cualquier cobertura, el formulario de inscripción **DEBE** estar firmado y fechado para autorizar las deducciones de nómina. Las cantidades de costo indicados en este formulario son estimaciones y están sujetas a cambios sobre la base de los términos y las condiciones finales de la póliza, y de su edad ó salario en la fecha de vigencia de la cobertura.

Acuerdo y Firma

Declaro que la información ofrecida en este formulario de inscripción es completa, correcta y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que el pago de los costos no garantiza la elegibilidad para la cobertura. Entiendo y acepto que debo cumplir con todos los trabajos activos ó requisitos de elegibilidad active que están relacionados con la póliza para ser elegible para la cobertura. Entiendo y acepto que la cobertura de seguro de vida para mi(s) dependiente(s) elegible(s) se puede demorar si están confinados (en casa, en un hospital, ó en cualquier otra institución ó instalación) ó deshabilitado en en la fecha cuando empieza el seguro, de acuerdo con los términos de la póliza.

Si en el futuro yo aplicara para una cobertura a la que he renunciado, es posible que me soliciten evidencia de asegurabilidad, que sea aceptable para la compañía de seguros, y **los costos correrán a mi cargo**. Entiendo que si se realiza una solicitud de cobertura en el futuro, debe ocurrir durante un periodo de inscripción aprobado por la compañía de seguros ó debido a un acontecimiento que supone un cambio de vida, según lo defina ó lo permita la póliza aplicable, y dicha solicitud podría estar sujeta a periodos de espera.

Advertencia Sobre Fraudes: Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, o que, con la intención de engañar, oculte datos relacionados con cualquier tema respecto del presente, comete un acto fraudulento contra la aseguradora, el cual es un delito y estará sujeto a penalidades civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo por cada infracción. **La Advertencia Sobre Fraudes no se aplica a los beneficios del seguro de vida.**

Al firmar este documento, declaro que comprendo y acepto su contenido mencionado anteriormente, y que he leído y entiendo el resumen de beneficios ó la descripción de cobertura que se me ha otorgado para cada tipo de beneficio. Los requisitos anteriores se aplicarán a menos que se establezca lo contrario en la póliza aplicable ó a menos que lo prohíba cualquier ley estatal ó federal aplicable.

FIRMA DEL EMPLEADO _____ **FECHA** _____ / _____ / _____

Se Aplica a los Planes de Seguro de Vida para los Residentes de Nueva York

- Lea su póliza atentamente.
- Su empleador podrá incluir un beneficio de cuidado (por Muerte Adelantada) en su plan. De ser así, no hay ningún cargo de costo adicional asociado con este beneficio. La recepción de dichos beneficios puede afectar su elegibilidad para los programas de asistencia pública y es posible que los beneficios recibidos sean imposables como un ingreso.
- No se asumen ciertos riesgos de guerra. En caso de tener alguna duda, contáctese con la compañía aseguradora para obtener una explicación más detallada.