

# Formulario de inscripción

para la cobertura de seguro de vida grupal y/o discapacidad



**Instrucciones:** Adjunte el formulario AICK 4EV si usted es asegurado tardío o solicita más del monto de emisión con garantía.

Su empleador es: \_\_\_\_\_ AICK N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_

## Sección 1: Información del empleado y del empleo

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ ISN \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Dirección residencial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ +4 \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_

Título del puesto/ocupación del empleado \_\_\_\_\_

Su número de teléfono:  Casa/celular \_\_\_\_\_  Trabajo \_\_\_\_\_  
Código de área + número \_\_\_\_\_ Código de área + número \_\_\_\_\_

Me encuentro activo en el trabajo desempeñando todas mis tareas laborales:  Sí  No y trabajo \_\_\_\_\_ horas a la semana para este empleado indique el número

\$ \_\_\_\_\_  HR  SEMANA  MES  AÑO Ganancias base (no incluya la comisión, bonos, horas extras o cualquier otra compensación adicional, excepto como se indica en la póliza grupal)

### Marque una opción:

- Soy un empleado nuevo inscribiéndome en mi primera oportunidad.
- Soy un empleado recontratado. Fecha de recontractación: \_\_\_\_\_
- Soy un empleado vigente inscribiéndome debido a: Fecha del caso (del suceso que está marcado a continuación) \_\_\_\_\_
  - Temporal a permanente
  - Otro (explique) \_\_\_\_\_

### Me estoy inscribiendo en:

Seguro de vida básico y muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D, en inglés)	Seguro de vida para derechohabientes	Seguro por discapacidad de corto plazo	Seguro por discapacidad de largo plazo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Está casado?  Sí  No Fecha de matrimonio \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos derechohabientes solteros menores de 23 años de edad?  Sí  No

## Sección 2a: Su beneficiario principal

El **beneficiario principal recibe el beneficio al momento de su muerte**. Si nombra dos o más personas como beneficiarios principales, los procedimientos se pagaran en partes iguales a menos que se especifique de otra manera. Si necesita más espacio, agregue una hoja por separado con la información completa, que esté **firmada y fechada por usted**.

Primer nombre \_\_\_\_\_ ISN \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento o edad \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ ISN \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento o edad \_\_\_\_\_

**Debe firmar y fechar en la página 2**

Para uso exclusivo de la oficina: Group # \_\_\_\_\_ Subgroup # \_\_\_\_\_ Class \_\_\_\_\_

STD  LTD Subscriber # \_\_\_\_\_

## Sección 2b: Su beneficiario de contingencia

Un beneficiario de contingencia **recibe el beneficio únicamente si el(los) beneficiario(s) primario(s) indicado(s) en la sección anterior falleció (fallecieron)**. Si necesita más espacio, agregue una hoja por separado con la información completa, **que esté firmada y fechada por usted**.

\_\_\_\_\_  
Primer nombre ISN Apellido Sufijo

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante Fecha de nacimiento o edad

\_\_\_\_\_  
Primer nombre ISN Apellido Sufijo

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante Fecha de nacimiento o edad

\_\_\_\_\_  
Primer nombre ISN Apellido Sufijo

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante Fecha de nacimiento o edad

## Sección 2c: Sugerencias para los beneficiarios

1. Para que se considere válido, este formulario tiene que estar firmado, fechado **y recibido por la Oficina local de AICK**.
2. No se puede realizar el pago a menores de 18 años de edad. Los beneficios para los menores de edad tienen que pagarse a un tutor legal o a un custodio nombrado por un tribunal.
3. Un asegurado no puede nombrar a sus empleadores como beneficiarios.
4. Se pueden designar iglesias o instituciones de caridad y tienen que incluir el nombre legal y la dirección completa.
5. Si las secciones del beneficiario primario o contingente no proveen suficiente espacio para completar la información, adjunte una hoja por separado que contenga la información completa del beneficiario, **firmada y fechada por usted**.

## Sección 3: Beneficiario de seguro de vida para derechohabientes (si está solicitando cobertura médica y aplica a su plan de beneficios de grupo)

Usted (el empleado) será el beneficiario en caso del pago de un beneficio de seguro de vida para derechohabientes a menos que se especifique de otra manera por escrito.

## Sección 4: Su autorización

Yo entiendo que si no estoy en el trabajo en la fecha de entrada en vigor de la cobertura, esta cobertura no empezará hasta el día que regrese a su actividad laboral. Yo entiendo que para estar asegurado tengo que estar activamente en el trabajo 1) realizando todas las tareas normales de mi trabajo, 2) en el lugar usual, 3) durante las horas requeridas cada semana según lo establecido en la póliza grupal. Yo autorizo que se hagan las deducciones salariales necesarias de mis ingresos y nombro al(los) beneficiario(s) que se indica(n) en este formulario para que reciba(n) el beneficio pagadero en caso de muerte. Creo que todas las personas para quienes solicito cobertura son ciudadanos residentes de EE. UU. o son extranjeros que residen legalmente en EE. UU., y que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta en lo que corresponde a mi estado con el empleador indicado.

**Se requiere su firma**

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre