

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL SEGURO DE VIDA/INCAPACITACIÓN



Hartford Life

Inicial Cambio Terminación Restablecimiento

PARA COMPLETARSE POR EL EMPLEADO

NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO: M/D/A
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		FECHA DE CASAMIENTO: M/D/A
DOMICILIO DEL EMPLEADO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (Complete solamente Si puede elegir y a seleccionado la cobertura de dependientes) [SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES SOLAMENTE]				
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEXO: M/F	FECHA DE NACIMIENTO M/D/A
<i>CÓNYUGE (indique el apellido y es diferente al del empleado)</i>				
HIJO/A				
HIJO/A				
HIJO/A				

Indique el tipo de cobertura a continuación. Solo puede elegir las coberturas mostradas en el contrato del empleador. (No tendrá cobertura si esta no está incluida en su contrato con el empleador). Para elegir la cobertura marque el casillero "Sí", para rechazar la cobertura marque el casillero "No".

SEGURO DE VIDA BÁSICO	SUPLEMENTARIO DE VIDA	MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	INCAPACIDAD SEMANAL	INCAPACIDAD A LARGO PLAZO
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO MONTO _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ X salario básico anual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MONTO FIJO _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
SEGURO DE VIDA DEL DEPENDIENTE		MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO SUPLEMENTARIO	COMPRA DEL SEGURO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO	
CÓNYUGE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO MONTO _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		OPCIÓN 1 _____ %	
HIJO/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO MONTO _____			OPCIÓN 2 _____ %	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO – Por favor revise el reverso de este formulario para importante información sobre la designación de beneficiarios					
PRIMARIO	NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	F. de NACIMIENTO

CONTINGENTE

Por la presente aplico a la coberturas que he indicado anteriormente para mi y para todos los dependientes listados; autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias, de existir alguna, de mis ingresos para pagar por mi parte del costo. Entiendo que la cobertura disponible para mi debe concordar con las cláusulas del contrato entre Hartford Life y mi Plan Grupal.

Por la presente renuncio a la cobertura que se me ofrece. Entiendo que de decidir aplicar a cualquiera de estas coberturas después, se me requerirá que presente evidencia médica a mi costo que soporte mi asegurabilidad, y que satisfaga a Hartford Life, antes de que mi cobertura pueda hacerse efectiva.

Firma _____ Fecha _____

PARA COMPLETARSE POR EL EMPLEADOR

SÍMBOLO POLIZA	NÚMERO POLIZA	UNIDAD DE PLANILLA	UNIDAD DE PERDIDA	ESTADO EN QUE EL NEGOCIO ESTA	FECHA ORIGINAL DE EFECTIVIDAD DE LA COBERTURA
NOMBRE DEL EMPLEADOR		FECHA DE CONTRATACIÓN DEL EMPLEADO		FECHA DE EFECTIVIDAD DE LA COBERTURA	
OCUPACIÓN DEL EMPLEADO		CLASE DEL EMPLEADO	VIDA	WD	LTD
SALARIO \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> por hora					

FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE REINSTITAURACIÓN
-----------------------------	----------------------------------

Para los asegurados bajo la cobertura de las pólizas de Incapacidad a Largo Plazo de Pennsylvania: Si dentro de los primeros 90 días anteriores a entrar en la cobertura bajo el contrato grupal, usted o cualquiera de los dependientes ha recibido tratamientos médicos o consejos sobre una enfermedad o condición física; usted, él o ella no pueden ser cubiertos para dicha enfermedad o condición física hasta que usted, él o ella han estado cubiertos bajo este contrato por un año. Esta exclusión, Sin embargo, solo se aplica a enfermedades o condiciones físicas para las cuales cuidados médicos o consejos se han recibido durante los 90 días anteriores ha estar cubierto por el contrato grupal.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL SEGURO DE VIDA/INCAPACITACIÓN



Hartford Life

Inicial Cambio Terminación Restablecimiento

PARA COMPLETARSE POR EL EMPLEADO

NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO: M/D/A
	Pérez	José	S.		08-10-60
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO	ESTADO CIVIL			FECHA DE CASAMIENTO: M/D/A
000 - 000 - 000	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input checked="" type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		06-24-86
DOMICILIO DEL EMPLEADO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
	123 ABC Lane	Anywhere	CT	00000	

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (Complete solamente si puede elegir y a seleccionado la cobertura de dependientes) [SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES SOLAMENTE]						
APPELLIDO		NOMBRE		INICIAL	SEXO: M/F	FECHA DE NACIMIENTO M/D/A
CÓNYUGE (indique el apellido y es diferente al del empleado)						
Pérez		María		A.	F	06-04-03
HIJO/A						
HIJO/A						
HIJO/A						

Indique el tipo de cobertura a continuación. Solo puede elegir las coberturas mostradas en el contrato del empleador. (No tendrá cobertura si esta no está incluida en su contrato con el empleador). Para elegir la cobertura marque el casillero "Sí", para rechazar la cobertura marque el casillero "No".

SEGURO DE VIDA BÁSICO	SUPLEMENTARIO DE VIDA	MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	INCAPACIDAD SEMANAL	INCAPACIDAD A LARGO PLAZO
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO MONTO \$50,000	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ X salario básico anual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MONTO FIJO _____	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
SEGURO DE VIDA DEL DEPENDIENTE	MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO SUPLEMENTARIO	COMPRA DEL SEGURO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO		
CÓNYUGE <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO MONTO \$ 5,000	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	OPCIÓN 1 _____ %		
HIJO/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO MONTO _____		OPCIÓN 2 _____ %		

DESIGNACION DE BENEFICIARIO – Por favor revise el reverso de este formulario para importante información sobre la designación de beneficiarios					
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	F. de NACIMIENTO	
PRIMARIO María Ana Pérez	123 ABC La., Anywhere, CT 00000	121-12-1212	Cónyuge	06-04-63	
CONTIGENTE Marco Julio Pérez	6 XYZ St. Anywhere, CT 00000	999-99-999	Hermano	05-19-64	

- Por la presente aplico a la coberturas que he indicado anteriormente para mi y para todos los dependientes listados; autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias, de existir alguna, de mis ingresos para pagar por mi parte del costo. Entiendo que la cobertura disponible para mi debe concordar con las cláusulas del contrato entre Hartford Life y mi Plan Grupal.
- Por la presente renuncio a la cobertura que se me ofrece. Entiendo que de decidir aplicar a cualquiera de estas coberturas después, se me requerirá que presente evidencia médica a mi costo que soporte mi asegurabilidad, y que satisfaga a Hartford Life, antes de que mi cobertura pueda hacerse efectiva.

Firma **José Pérez** Fecha **2/1/98**

PARA COMPLETARSE POR EL EMPLEADOR

SÍMBOLO POLIZA	NÚMERO POLIZA	UNIDAD DE PLANILLA	UNIDAD DE PERDIDA	ESTADO EN QUE EL NEGOCIO ESTA	FECHA ORIGINAL DE EFECTIVIDAD DE LA COBERTURA
GL-GLT	22222			CT	01-01-93
NOMBRE DEL EMPLEADOR		FECHA DE CONTRATACIÓN DEL EMPLEADO		FECHA DE EFECTIVIDAD DE LA COBERTURA	
ABC Compañía		10-16-94		02-01-98	
OCUPACIÓN DEL EMPLEADO		CLASE DEL EMPLEADO	VIDA	WD	LTD
Supervisor		01	01		01
SALARIO \$ \$43,500 <input checked="" type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> por hora					

FECHA DE TERMINACIÓN _____ FECHA DE REINSTITAURACIÓN _____

Para los asegurados bajo la cobertura de las pólizas de Incapacidad a Largo Plazo de Pennsylvania: Si dentro de los primeros 90 días anteriores a entrar en la cobertura bajo el contrato grupal, usted o cualquiera de los dependientes ha recibido tratamientos médicos o consejos sobre una enfermedad o condición física; usted, él o ella no pueden ser cubiertos para dicha enfermedad o condición física hasta que usted, él o ella han estado cubiertos bajo este contrato por un año. Esta exclusión, Sin embargo, solo se aplica a enfermedades o condiciones físicas para las cuales cuidados médicos o consejos se han recibido durante los 90 días anteriores ha estar cubierto por el contrato grupal.

NOMBRANDO SU BENEFICIARIO

Es importante que su designación de beneficiario sea clara para que no existan preguntas sobre su intención. También es importante que designe a su beneficiario primario y contingente. Cuando designe a su(s) beneficiario(s) por favor indique sus nombres completos, direcciones, números de seguro social, relación, y si es un menor, la edad del menor. Si el beneficiario no está relacionado con usted ni por sangre ni políticamente, escriba la frase, “**No Relacionado.**” Si necesita ayuda, contacte al representante de su compañía o a su consejero legal.

A continuación ejemplos de las designaciones más comunes:

María A. Pérez, Cónyuge, (No Sra. José Pérez)

María A. Pérez, Cónyuge, de estar viva, o sino José W. Pérez, Hijo.

María A. Pérez, Cónyuge, de estar viva, o sino Juana Pérez, Hija, y José W. Pérez, Hijo, en partes iguales o al sobreviviente.

Herederero del Asegurado

Si nombra más de un beneficiario con partes iguales, por favor ponga las cantidades de seguro a pagarse a cada beneficiario en números fraccionados, por ejemplo. “1/3 a María Tapia, Madre y 2/3 a Eva Tapia, Cónyuge”

Si necesita más espacio para designar su(s) beneficiario(s) que el proporcionado en este formulario, por favor complete el Formulario de Designación de Beneficiario GR-11927 (*Beneficiary Designation From GR-11927*).