

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL SEGURO

Use este formulario para solicitar la cobertura. Simplemente complete cualquier información faltante a continuación. No olvide incluir su número del Seguro Social y su fecha de nacimiento, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy.



Life Insurance Company of
North America

Empleador: Snow College

TODOS ACERCA DE USTED – EL EMPLEADO

Su nombre _____ **N.º del Seguro Social** _____ **Fecha de nacimiento** _____

Código postal _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono particular _____ N.º de identificación del empleado _____ Sexo: _____

COMPLETE ESTA SECCIÓN ÚNICAMENTE SI DESEA COBERTURA PARA SU CÓNYUGE

Actualmente estoy casado/a y mi fecha de matrimonio es: _____

Información de mi cónyuge	Nombre _____	N.º del Seguro Social _____	
	Fecha de nacimiento _____	Sexo _____	

SUS ELECCIONES DE COBERTURA
Consulte el Resumen de beneficios adjunto para conocer los costos totales y obtener instrucciones sobre cómo calcular la prima.

Seguro de vida temporario (básico) pagado por el empleador Póliza N.º FLX 969777		
Solicitante	La cobertura detallada a continuación es proporcionada por su empleador sin ningún costo para usted.	
Empleado	2 veces su salario hasta \$125,000	Cobertura garantizada: 2 veces su salario o \$125,000, lo que sea menor
Cónyuge	\$8,000	
Hijos	\$8,000	

Seguro de vida temporario (voluntario) pagado por el empleado Póliza N.º FLX 969777		
Solicitante	Cobertura disponible	Elija a continuación la cantidad de cobertura que desee, o escriba una cantidad diferente en el campo "Otra".
Empleado	Beneficio: Unidades de \$10,000 hasta 5 veces su salario o \$500,000, lo que sea menor. Cobertura garantizada: \$200,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$200,000* <input type="checkbox"/> \$500,000** <input type="checkbox"/> Otra _____ <i>La cantidad debe ser un múltiplo de \$10,000.</i> <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura
Cónyuge	Beneficio: Unidades de \$5,000 hasta \$250,000. Cobertura garantizada: \$30,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$30,000* <input type="checkbox"/> \$250,000** <input type="checkbox"/> Otra _____ <i>La cantidad debe ser un múltiplo de \$5,000. La cantidad no puede superar el 100% de la cobertura del empleado.</i> <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura

Hijo	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura
------	-----------------------------------	---

Seguro por muerte o desmembramiento accidental (básico) pagado por el empleador Póliza N.º OK 971217		
Solicitante	La cobertura detallada a continuación es proporcionada por su empleador sin ningún costo para usted.	
Empleado	2 veces su salario	Cobertura máxima**: \$125,000

Seguro por incapacidad a corto plazo (voluntario) pagado por el empleado Póliza N.º VDT 963212		
Solicitante	Revise a continuación el plan disponible para usted antes de aceptar o rechazar la cobertura.	
Empleado	Porcentaje del beneficio: 60%	<input type="checkbox"/> Acepto la cobertura
	Cantidad máxima de beneficio semanal: \$1,500	<input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura

Seguro por incapacidad a largo plazo (básico) pagado por el empleador Póliza N.º LK 966489	
Solicitante	La cobertura detallada a continuación es proporcionada por su empleador sin ningún costo para usted.
Empleado	El 60% de sus ingresos mensuales cubiertos, hasta un máximo de \$6,000 mensuales.

**Esta es la cantidad de Cobertura garantizada. Usted puede elegir esta cantidad, o menos, sin responder preguntas médicas durante su período de inscripción.*

***Esta es la cantidad máxima que puede elegir en este plan.*

Toda la cobertura que se elija durante este período de inscripción entrará en vigor el 1 de junio de 2021 o en la fecha en que la compañía de seguros apruebe su solicitud, lo que ocurra en último lugar.

FIRME AQUÍ PARA ACEPTAR LA DEDUCCIÓN DE SU SUELDO

Acepto las opciones de seguro seleccionadas anteriormente. Si las primas se pagan en nómina, autorizo a mi empleador a que deduzca las cantidades necesarias de mi sueldo. Si no elegí la cobertura ahora, y decido que deseo la cobertura más adelante, se me podrá exigir que yo costee la evidencia de asegurabilidad. Comprendo que la cobertura está sujeta a la aprobación de Cigna y que mi seguro no entrará en vigor a menos que yo esté trabajando activamente en la fecha de entrada en vigor. También comprendo que la cobertura para cada uno de mis dependientes entrará en vigor solamente si la persona no está internada en un hospital o institución, ni está recibiendo ningún tratamiento médico. Comprendo que mi información está protegida por leyes de privacidad y se divulgará únicamente conforme a dichas leyes. La información adicional sobre las reglas y condiciones del seguro solicitado se describe en la póliza y el certificado. La cobertura del seguro está asegurada por Life Insurance Company of North America.

Limitación por afección preexistente: Comprendo que no recibiré beneficios por una afección preexistente (cualquier lesión o enfermedad por la que se ha recomendado o recibido asesoramiento, atención o tratamiento médico durante los meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura), a menos que la incapacidad comience más de 3 meses después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Comprendo que si contrato el seguro, no recibiré beneficios por una Afección preexistente hasta que haya estado asegurado durante 6 meses por la cobertura por Incapacidad.

Limitación por afección preexistente: Comprendo que no recibiré beneficios por una afección preexistente (cualquier lesión o enfermedad por la que se ha recomendado o recibido asesoramiento, atención o tratamiento médico durante los meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura), a menos que la incapacidad comience más de 3 meses después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Comprendo que si contrato el seguro, no recibiré beneficios por una Afección preexistente hasta que haya estado asegurado durante 12 meses por la cobertura por Incapacidad.

Firme aquí  Firma _____ Fecha _____

SECCIÓN SOBRE BENEFICIARIOS

Para nombrar a un beneficiario, llene la siguiente sección. Usted será el beneficiario para su cónyuge e hijo(s), a menos que indique lo contrario. Si no hay espacio suficiente para especificar todos los beneficiarios, adjunte, firme y feche otra página usando el formato que aparece a continuación.

Seguro de vida temporario básico Póliza N.º FLX 969777					
Persona asegurada	Nombre del beneficiario	Parentesco	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Porcentaje (debe ser igual al 100% para cada persona asegurada)
Empleado	1.				
	2.				
Cónyuge					
Hijo(s)					

Seguro de vida temporario voluntario Póliza N.º FLX 969777					
Persona asegurada	Nombre del beneficiario	Parentesco	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Porcentaje (debe ser igual al 100% para cada persona asegurada)
Empleado	1.				
	2.				
Cónyuge					
Hijo(s)					

Seguro básico por muerte o desmembramiento accidental Póliza N.º OK 971217					
Persona asegurada	Nombre del beneficiario	Parentesco	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Porcentaje (debe ser igual al 100% para cada persona asegurada)
Empleado	1.				
	2.				

Leyes de bienes gananciales: Si usted está casado, reside en un estado que se rige por leyes de bienes gananciales (Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, Washington o Wisconsin) y nombra a otra persona que no sea su cónyuge como beneficiario, es posible que el pago de los beneficios se retrase o impugne, a menos que su cónyuge también firme la designación del beneficiario.

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Firma del empleado _____ Fecha _____

“Cigna” y el logo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias operativas, o a través de ellas, que incluyen a Life Insurance Company of North America, y no por Cigna Corporation.