

# Formulario de Inscripción

Para cobertura de grupo - vida solamente



www.advanceinsurance.com

**INSTRUCCIONES:** Por favor escriba en letra de IMPRENTA MAYÚSCULA utilizando **tinta negra** solamente.

Sección 1

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido (I, II, III, etc.)      Primer Nombre      Inicial del Segundo Nombre      MM      DD      AAAA

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad      Estado      Código Postal

Teléfono Particular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Fecha de Matrimonio \_\_\_\_\_  
Código de Área      Código de Área      MM      DD      AAAA

**Empleado por** \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Trabajando activamente \_\_\_\_\_ horas semanales para este empleador      Fecha de Contratación \_\_\_\_\_  
MM      DD      AAAA

Razón para el cambio de empleo:  
 tiempo parcial a tiempo completo     temporario a permanente     recontractación/reincorporación     otro (especificar)

Fecha en que ocurrió esto \_\_\_\_\_  
MM      DD      AAAA

Sección 2

Ocupación/Cargo del Empleado		Ganancias \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	¿Son los dependientes elegibles niños menores de 23 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está usted actualmente trabajando para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su esposa trabaja para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solicitando seguro para: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vida para Dependiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Disabilidad a Corto Plazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Disabilidad a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

	Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Dirección	Relación	Edad
<b>Beneficiarios Primario</b>	1					
	2					
<b>Beneficiarios Secundario</b>	1					
	2					

**Sí este espacio no fuera adecuado para su(s) beneficiario(s), adjunte una lista por separado firmada y fechada proporcionando la información completa.**

Sección 3

**Consejos para el Beneficiario**

- Un beneficiario primario recibirá el monto del beneficio por fallecimiento luego del fallecimiento del asegurado.
- Un beneficiario secundario recibirá el monto del beneficio por fallecimiento solo si el/los beneficiario(s) primario(s) está(n) fallecido(s).
- Si un **menor de edad** está listado como beneficiario, el monto del beneficio será pagado a un custodio nombrado por el sistema judicial en nombre del niño.
- Los empleados con fideicomisos o planificación testamentaria deben comunicarse con su asesor legal o impositivo para elegir la cláusula de designación de beneficiarios más adecuada a sus necesidades.
- Si se nombra a uno o más Beneficiarios, el monto del beneficio será pagado en partes iguales a menos que usted nos indique lo contrario por escrito.
- El formulario debe estar firmado y fechado para tener validez.

Yo comprendo que si no estoy trabajando en la fecha de vigencia de mi cobertura, mi seguro no comenzará hasta el día en que regrese a trabajar. Si yo no me inscribo cuando sea elegible por primera vez, yo comprendo que será exigida una evidencia de asegurabilidad, que yo seré responsable por cualquier honorario o costo asociado con mi condición física o para obtener historias clínicas en mi condición de inscripto fuera de plazo y que la cobertura podría ser rechazada.

**Se requiere su firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_