

Formulario de cambio grupal



Por favor, guarde una copia para el asegurado.

Se solicita a Advance Insurance Company of Kansas (AICK) que realice los siguientes cambios relacionados con mi seguro bajo:

Nombre del empleador _____ Número de grupo de AICK _____ Clase _____

Sección 1 – Información del asegurado (siempre complete esta sección)

Primer nombre del asegurado _____ Inicial del segundo nombre _____ Número de Seguro Social del asegurado _____
Apellido del asegurado _____ Sufijo _____

Sección 2 – Cambio de nombre del asegurado

Cambiar el nombre del asegurado a: _____ Razón del cambio: Matrimonio Divorcio Otro

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Explicación para otro _____
Apellido _____ Sufijo _____ Fecha de ocurrencia _____

Sección 3 – Cambio de Clase

Cambio de Clase _____ a Clase _____ Fecha de entrada en vigor _____

Razón del cambio _____

Sección 4A – Cambio de beneficiario principal

Solo el asegurado puede cambiar al beneficiario. Se debe recibir el cambio de beneficiario antes de la muerte del asegurado y este entrará en vigor a partir de la fecha en que la oficina de AICK lo reciba.

Este cambio de beneficiario aplicará a todos los beneficios con AICK. De no ser así, usted debe indicar los beneficios a los que aplica el cambio:

- Seguro de vida a término básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)
- Seguro de vida a término voluntario (y AD&D, si aplica)
- Seguro voluntario de accidentes para el empleado/seguro familiar de accidentes

Información del beneficiario principal: El beneficiario principal recibe el beneficio después de la muerte del asegurado. Los beneficios se pagarán en partes iguales a las personas que aparecen abajo, a menos que usted lo indique de otra manera. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada firmada y fechada con la información completa.

Primer nombre del beneficiario _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ o _____ Edad _____
Apellido del beneficiario _____ Sufijo _____ Relación con el solicitante _____

Primer nombre del beneficiario _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ o _____ Edad _____
Apellido del beneficiario _____ Sufijo _____ Relación con el solicitante _____

Primer nombre del beneficiario _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ o _____ Edad _____
Apellido del beneficiario _____ Sufijo _____ Relación con el solicitante _____

Continúe en la página siguiente.

Sección 4B – Cambio de beneficiario contingente

Solo el asegurado puede cambiar al beneficiario. Se debe recibir el cambio de beneficiario antes de la muerte del asegurado y este entrará en vigor a partir de la fecha en que la oficina de AICK lo reciba.

Este cambio de beneficiario aplicará a todos los beneficios con AICK. De no ser así, usted debe indicar los beneficios a los que aplica el cambio:

- Seguro de vida a término básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)
- Seguro de vida a término voluntario (y AD&D, si aplica)
- Seguro voluntario de accidentes para el empleado/seguro familiar de accidentes

Información del beneficiario contingente: El beneficiario contingente recibe el beneficio solo si el (los) beneficiario(s) principal(es) en la Sección 4A muere(n). Si enumera abajo a más de un beneficiario contingente, los beneficios se pagarán en partes iguales a la(s) persona(s), a menos que usted indique lo contrario. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada firmada y fechada con la información completa.

| | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------|---|------|------|
| Primer nombre del beneficiario | <small>Inicial del segundo nombre</small> | ____/____/____ | o | ____ | Edad |
| Apellido del beneficiario | Sufijo | Relación con el solicitante | | | |
| Primer nombre del beneficiario | <small>Inicial del segundo nombre</small> | ____/____/____ | o | ____ | Edad |
| Apellido del beneficiario | Sufijo | Relación con el solicitante | | | |
| Primer nombre del beneficiario | <small>Inicial del segundo nombre</small> | ____/____/____ | o | ____ | Edad |
| Apellido del beneficiario | Sufijo | Relación con el solicitante | | | |

Sección 5 – Cambio de beneficio

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agregar seguro de vida para derechohabiente | ____/____/____ <small>Fecha de entrada en vigor</small> | ____/____/____ <small>Fecha del matrimonio</small> | ____/____/____ <small>Fecha de nacimiento del primer hijo</small> | |
| <input type="checkbox"/> Eliminar este(os) beneficio(s): | ____/____/____ <small>Fecha de entrada en vigor</small> | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida a término básico y AD&D para usted | <input type="checkbox"/> Seguro voluntario de accidentes para el empleado/seguro familiar de accidentes | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico para derechohabientes (AVISO: Marcar esta casilla elimina toda la cobertura del seguro de vida para derechohabientes, lo que incluye a su cónyuge y a todos los hijos elegibles). | <input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad de corto plazo (básico o voluntario) para usted | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida a término voluntario (y AD&D, si aplica) para: | <input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad de largo plazo (básico o voluntario) para usted | | | |
| <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su cónyuge <input type="checkbox"/> Todos los hijos elegibles | Razón del cambio | | | |

Continúe en la página siguiente.

Sección 6 : Autorización

Por este medio solicito que se modifique mi Inscripción según lo indicado en este formulario. Comprendo que, si deseo agregar el beneficio en una fecha posterior, es posible que deba completar un formulario de preguntas médicas y AICK puede solicitar otra información para determinar si puedo o no ser asegurado bajo el programa grupal. Comprendo que, seré responsable de cualquier tarifa o costo incluyendo, pero sin limitarse a, obtener registros médicos o un examen necesario para determinar la asegurabilidad y que AICK puede negarse

a otorgarme cobertura (o a mi derechohabiente, si aplica). Comprendo que, debo estar activo en el trabajo 1) llevar a cabo todas las tareas normales de mi trabajo, 2) en el lugar habitual, y 3) en el horario requerido cada semana antes de que se pueda agregar un beneficio. Es de mutuo acuerdo que dicho cambio no entrará en vigor a menos y hasta que se acepte, y que esta solicitud para realizar el cambio formará parte de mi Inscripción original y estará sujeta a los términos de la póliza grupal.

Se requiere su firma

Firma del empleado asegurado

_____/_____/_____

Fecha de la firma

Se requiere la firma del grupo

Nombre escrito en letra de molde del empleado

_____-_____-_____

Número de Seguro Social

Firma del titular de la póliza grupal/empleador participante