

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 # _____

