

Renuncia a la inscripción

Renuncia al seguro grupal de vida o por discapacidad



Debe presentar una copia de esta Renuncia de inscripción completada a Advance Insurance Company of Kansas (AICK).
1133 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66629-0001 • Fax: (785) 290-0727 • Línea gratuita: (800) 530-5989

Sección 1 – Aviso importante

Ya sea que participe o no en el plan de seguro médico de su empleador, esto no afecta su derecho a participar en los beneficios grupales del seguro vida o por discapacidad, siempre y cuando el trabajo que lleve a cabo esté incluido en una clase cubierta de empleados, usted cumpla con el período de espera requerido por la compañía y continúe trabajando activamente el número de horas requeridas cada semana por el plan de seguro grupal de vida o por discapacidad.

Sección 2 – Información del empleado

Primer nombre _____	_____ <small>Inicial del segundo nombre</small>	_____-_____-_____ Número de Seguro Social	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento
Apellido _____	_____ Sufijo	_____ Nombre del empleador	_____/_____/_____ Fecha de contratación del empleado
Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) _____			
Ciudad _____			
Estado _____	Código postal _____	+4 _____	

Sección 3 – Renuncia de la cobertura de seguro

Se me ha ofrecido el seguro grupal y estoy renunciando a mi derecho a participar en las coberturas señaladas a continuación:

Seguro de vida:

- Seguro de vida a término básico, y muerte accidental y desmembramiento (AD&D, en inglés)
- Seguro de vida a término fijo voluntario (y AD&D, si aplica)

Explique el motivo

- Seguro de vida para dependientes

Explique el motivo

Seguro por discapacidad:

- Discapacidad a corto plazo
- Discapacidad a largo plazo

Explique el motivo

Sección 4 – Autorización

Comprendo que al renunciar al seguro de vida y/o discapacidad para mí (y mis derechohabientes si mi empleador ofrece seguro de vida para dependientes), estoy renunciando al derecho de cobertura sin estar médicamente asegurado. Si decido inscribirme después, seré responsable de pagar cualquier gasto

necesario para determinar mi asegurabilidad (o la de mis derechohabientes) incluyendo, pero sin limitarse a los gastos para obtener registros o exámenes médicos. AICK determinará si yo (o mis derechohabientes) puedo recibir cobertura, y reconocerá si yo (o mis derechohabientes) puedo estar en riesgo de no obtener la cobertura.

Se requiere su firma

Empleado

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Se requiere la firma del grupo

Persona autorizada a firmar por el empleador