

# Formulario de Inscripción United of Omaha Life Insurance Company

3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, Nebraska 68175



## Sección del Empleador (Deberá ser rellenado por el empleador. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco [\*]).

*Nombre del Empleador: EAH		Fecha de Empleo:	Identificación del Grupo: G000AHQ9
Identificación del Subgrupo:	Código de Localidad:	Clase:	Ocupación:
*Salario: <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Bisemanal \$ <input type="checkbox"/> Cantidad <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual	*Fecha de Contratación:		Horas Trabajadas por Semana:

## Sección del Empleado (Deberá ser rellenado por el empleado. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco [\*]).

*Apellido:	*Nombre:	Segundo:	
*Número de identificación/seguro social:	*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	*Género:	*Estado Civil:
*Dirección de Calle:		Dirección de correo electrónico:	
*Ciudad:	*Estado:	*Codigo Postal:	Teléfono: ( ) -

## Elección de Cobertura por Seguro de Vida Voluntario y por AD&D

Cobertura Para Empleado y Dependientes	Cantidad del Beneficio - Seleccione Una Opción	Importe de Costo
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D - Empleado	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$150,000 <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <input type="checkbox"/> Rechazar	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D - Cónyuge	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$15,000 <input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$35,000 <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <input type="checkbox"/> Rechazar	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D - Hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$2,000 (cada hijo) <input type="checkbox"/> \$10,000 (cada hijo) <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <input type="checkbox"/> Rechazar	\$ _____ \$ _____ \$ _____

Debe completar y enviar un formulario de Evidencia de Aseguración si Usted o su cónyuge se van a inscribir en una cobertura Voluntaria de Seguro de Vida a Término que sobrepasa la Cantidad de Emisión Garantizada (GIA). El formulario está disponible a través de su empleador/administrador de beneficios o se encuentra disponible en la página <http://www.mutualofomaha.com/eoi>. El GIA es el valor inferior a 5 veces su salario anual ó \$150,000. Para su cónyuge, el GIA es el valor inferior de 100% del la cantidad para la que se inscribió o \$35,000. En ningún caso, la cantidad de su cobertura excederá 5 veces su salario.

- Debe escoger la cobertura para Usted para que sus dependientes sean elegibles.
- La cantidad de beneficio elegido para sus hijos no puede ser mayor de 100% de su cantidad de beneficios elegido.
- La cantidad de beneficio elegido para sus conyuge no puede ser mayor de 100% de su cantidad de beneficios elegido.
- Usted debe tener 70 años ó menos para que su cónyuge sea elegible para la cobertura. La cobertura del cónyuge finaliza cuando el/ella alcanza la edad de 70 años.
- Para ser elegibles para la cobertura, sus hijos dependientes deben ser menores de 21 años ó menores de 25 si son estudiantes a tiempo completo.

**Beneficiario de Asignación de Beneficios por Fallecimiento (El asegurado se reserva el derecho a cambiar de beneficiario).**

Si quisiera nombrar a más de un beneficiario, incluya una hoja separada con su firma y fecha. Los beneficiarios compartirán el beneficio por igual cantidades a menos que se indique lo contrario. Algunos estados tienen leyes con respecto a la designación de beneficiarios. Favor de consultar con su administrador de beneficios para obtener información adicional.

**Designación de Beneficiarios Primarios**

Apellido	Nombre	Parentesco con el Asegurado	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Número de Seguro Social:

Teléfono: Dirección del Beneficiario (Dirección, Ciudad, Testado, Código Postal):

**Designación de Beneficiarios Secundarios**

Apellido	Nombre	Parentesco con el Asegurado	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Número de Seguro Social:

Teléfono: Dirección del Beneficiario (Dirección, Ciudad, Testado, Código Postal):

**Información de Inscripción:**

La inscripción debe ocurrir dentro de los 31 días de la fecha en la que el empleado es elegible (ó según se indique en la póliza). Si debe pagar costos para cualquier cobertura, el formulario de inscripción **DEBE** estar firmado y fechado para autorizar las deducciones de nómina. Las cantidades de costo indicados en este formulario son estimaciones y están sujetas a cambios sobre la base de los términos y las condiciones finales de la póliza, y de su edad ó salario en la fecha de vigencia de la cobertura.

La ley de California prohíbe de ser requerido o utilizado la prueba del VIH por las compañías de seguros de salud como condición para obtener cobertura del seguro médico.

**Acuerdo y Firma**

Declaro que la información ofrecida en este formulario de inscripción es completa, correcta y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que el pago de los costos no garantiza la elegibilidad para la cobertura. Entiendo y acepto que debo cumplir con todos los trabajos activos ó requisitos de elegibilidad active que están relacionados con la póliza para ser elegible para la cobertura. Entiendo y acepto que la cobertura de seguro de vida para mi(s) dependiente(s) elegible(s) se puede demorar si están confinados (en casa, en un hospital, ó en cualquier otra institución ó instalación) ó deshabilitado en en la fecha cuando empieza el seguro, de acuerdo con los términos de la póliza.

Si en el futuro yo aplicara para una cobertura a la que he renunciado, es posible que me soliciten evidencia de asegurabilidad, que sea aceptable para la compañía de seguros, y **los costos correrán a mi cargo**. Entiendo que si se realiza una solicitud de cobertura en el futuro, debe ocurrir durante un período de inscripción aprobado por la compañía de seguros ó debido a un acontecimiento que supone un cambio de vida, según lo defina ó lo permita la póliza aplicable, y dicha solicitud podría estar sujeta a períodos de espera.

Al firmar este documento, declaro que comprendo y acepto su contenido mencionado anteriormente, y que he leído y entiendo el resumen de beneficios ó la descripción de cobertura que se me ha otorgado para cada tipo de beneficio. Los requisitos anteriores se aplicarán a menos que se establezca lo contrario en la póliza aplicable ó a menos que lo prohíba cualquier ley estatal ó federal aplicable.

**FIRMA DEL EMPLEADO****FECHA**      /      /      

**Advertencia Sobre Fraudes en California:** Para su protección, las leyes de California exigen que aparezca la siguiente información en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida incurrirá en delito y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.