

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE DEL GRUPO (debe llenarlo el registrador)

Nombre del cliente del grupo/empleador Mancomunidad de Kentucky	N.º del cliente del grupo 235782	N.º del informe 235782	Subcódigo 0001	Sede 0001
Fecha de contratación (DD/MM/AAAA)		Fecha de vigencia de la cobertura (DD/MM/AAAA)		
Numero de la compañía	Nombre de la compañía (agencia, departamento de salud, junta escolar)	Número de la unidad organizacional	Número del centro de costos	

- Finalización:** Fecha de finalización del empleo Fecha de finalización del seguro de vida
 Motivo: Renuncia Jubilación LWOP Fallecimiento Permiso militar Otro
- Restablecer la cobertura:** Fecha de regreso al trabajo Fecha de entrada en vigor del seguro
 Motivo: LWOP Permiso militar Otro
- Transferencia o transferencia de verano** Debe llenarlo la compañía NUEVA

Numero de la compañía anterior:	Numero de la compañía nueva:
Último día trabajado en la compañía anterior:	Fecha de contratación en la compañía nueva:
Fecha de finalización de la cobertura en la compañía anterior:	Fecha de inicio de la cobertura en la compañía nueva:

SU INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN (debe llenarlo el empleado)

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
N.º de teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico	<input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Cambio en la inscripción (si se debe a un evento de calificación, introduzca la fecha del evento) (DD/MM/AAAA)
N.º de teléfono de la casa/móvil		

Leí el material de inscripción y solicito la cobertura de los beneficios para los cuales soy o puedo llegar a ser elegible. Entiendo que no se requieren contribuciones para el seguro de vida básico y el seguro de muerte y desmembramiento accidental (accidental death and dismemberment, AD&D) básico. Entiendo que se requieren contribuciones para los beneficios que selecciono a continuación.

► Si se inscribe después del periodo de inscripción inicial durante las elecciones de mitad de año, deberá llenar también un formulario de declaración de salud.

Seguro de vida a plazos

- Seguro de vida básico
 Seguro de vida complementario u opcional
 \$10,000 \$25,000 \$50,000 \$100,000 \$150,000

Seguro de vida del cónyuge dependiente, seguro de vida de hijo dependiente

- Opción 1: seguro de vida del cónyuge dependiente \$10,000; seguro de vida de hijo dependiente hasta los 6 meses \$2,500; seguro de vida de hijo dependiente desde los 6 meses hasta los 26 años \$5,000
- Opción 2: seguro de vida del cónyuge dependiente \$20,000; seguro de vida de hijo dependiente hasta los 6 meses \$2,500; seguro de vida de hijo dependiente desde los 6 meses hasta los 26 años \$10,000
- Opción 3: seguro de vida del cónyuge dependiente \$50,000; seguro de vida de hijo dependiente hasta los 6 meses \$2,500; seguro de vida de hijo dependiente desde los 6 meses hasta los 26 años \$10,000
- Opción 4: seguro de vida del cónyuge dependiente \$10,000; seguro de vida de hijo dependiente hasta los 6 meses \$0; seguro de vida de hijo dependiente desde los 6 meses hasta los 26 años \$0
- Opción 5: seguro de vida del cónyuge dependiente \$20,000; seguro de vida de hijo dependiente hasta los 6 meses \$0; seguro de vida de hijo dependiente desde los 6 meses hasta los 26 años \$0
- Opción 6: seguro de vida del cónyuge dependiente \$50,000; seguro de vida de hijo dependiente hasta los 6 meses \$0; seguro de vida de hijo dependiente desde los 6 meses hasta los 26 años \$0
- Opción 7: seguro de vida del cónyuge dependiente \$0; seguro de vida de hijo dependiente hasta los 6 meses \$2,500; seguro de vida de hijo dependiente desde los 6 meses hasta los 26 años \$5,000
- Opción 8: seguro de vida del cónyuge dependiente \$0; seguro de vida de hijo dependiente hasta los 6 meses \$2,500; seguro de vida de hijo dependiente desde los 6 meses hasta los 26 años \$10,000

Seguro de muerte y desmembramiento accidental (AD&D)

- AD&D básico AD&D complementario u opcional

INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN

Una vez lleno, saque una fotocopia para sus registros y entregue el original a su empleador.

ADVERTENCIAS DE FRAUDE

Antes de firmar este formulario de inscripción, lea la advertencia del estado donde vive y del estado donde se emitió el contrato bajo el cual solicita cobertura.

Kentucky: cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de fraude de seguros, lo cual es un delito.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PARA EL SEGURO DE EMPLEADO

Marque esta opción si se trata de un cambio de beneficiario.

Designo a las siguientes personas como beneficiarias principales de cualquier monto pagadero en caso de mi fallecimiento por la cobertura de seguro de MetLife solicitada en este formulario de inscripción. Con esta designación queda revocada cualquier designación previa de beneficiario en dicha cobertura. Entiendo que tengo derecho a cambiar esta designación en cualquier momento. También entiendo que, a menos que se especifique lo contrario en el certificado de seguro grupal, el seguro debido en caso de fallecimiento de un dependiente es pagadero al empleado.

Marque esta opción si necesita más espacio para beneficiarios adicionales y adjunte una página por separado. Incluya toda la información del beneficiario y firme/feche la página.

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Relación	% de la cuota
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono	
Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Relación	% de la cuota
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono	
Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Relación	% de la cuota
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono de casa	
El pago se realizará en cuotas iguales o en su totalidad al sobreviviente, a menos que se indique lo contrario.				TOTAL: 100%
Si todos los beneficiarios principales fallecen antes que yo, designo como beneficiarios contingentes a:				
Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Relación	% de la cuota
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono	
Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Relación	% de la cuota
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono	
El pago se realizará en cuotas iguales o en su totalidad al sobreviviente, a menos que se indique lo contrario.				TOTAL: 100%

DECLARACIONES Y FIRMA

Al firmar a continuación, reconozco que:

- Leí este formulario de inscripción y declaro que toda la información que suministré es verdadera y está completa a mi leal saber y entender.
- Declaro que estoy trabajando activamente en la fecha en que me inscribo y, si me inscribo en un seguro de vida contributivo, que estoy realizando todas las tareas usuales y habituales del trabajo a tiempo completo. Entiendo que, si no estoy trabajando activamente en la fecha prevista de entrada en vigor del seguro, dicho seguro no tendrá vigencia hasta que me reincorpore al trabajo activo.
- Entiendo que, si no me inscribo en la cobertura del seguro de vida durante el periodo de inscripción inicial, o si no me inscribo en la cantidad máxima de cobertura para la que soy elegible, es posible que se requiera una prueba de asegurabilidad satisfactoria para MetLife para inscribirme o aumentar dicha cobertura después de que haya expirado el periodo de inscripción inicial. La cobertura no entrará en vigor, o estará limitada, hasta que se reciba la notificación de que MetLife aprobó la cobertura o el aumento.
- Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos las contribuciones que requiere mi cobertura. Esta autorización se aplica a dicha cobertura hasta que la rescinda por escrito.
- Leí la sección de designación de beneficiarios que figura en este formulario de inscripción y realicé dicha designación si así lo deseo.
- Leí las advertencias de fraude que figuran en este formulario de inscripción.



_____	_____	_____
Firma del empleado	Nombre en letra de imprenta	Fecha de la firma (DD/MM/AAAA)

_____	_____	_____
Firma del IC/HRG	Nombre en letra de imprenta	Fecha de la firma (DD/MM/AAAA)