

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIO DE SEGURO DE VIDA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE GRUPAL (Para que complete el encargado de registros)

Nombre del cliente grupal/empleador Mancomunidad de Kentucky	N.º de cliente grupal 235782	N.º de informe 235782	Subcódigo 0001	Sucursal 0001
Fecha de contratación (DD/MM/AAAA)	Fecha de entrada en vigor de la cobertura (DD/MM/AAAA)			
Número de la empresa	Nombre de la empresa (Agencia, Depto. de Salud, Junta Escolar)	Número de unidad organizativa	Número de centro de costos	

- ☐ **Cese de la relación laboral:** Fecha en que finaliza el empleo _____ Fecha de finalización del seguro de vida _____
 Motivo: ☐ Renunció ☐ Se jubiló ☐ Licencia sin goce de sueldo (LWOP) ☐ Fallecimiento ☐ Licencia militar ☐ Otro _____
- ☐ **Restablecer la cobertura:** Fecha de regreso al trabajo _____ Fecha de vigencia del seguro _____
 Motivo: ☐ LWOP ☐ Licencia militar ☐ Otro _____
- ☐ **Transferencia o transferencia de verano** Para que complete la NUEVA empresa

Número anterior de la empresa:	Nuevo número de la empresa:
Último día trabajado en la empresa anterior:	Fecha de contratación en la nueva empresa:
Fecha de finalización de la cobertura en la empresa anterior:	Fecha de inicio de la cobertura en la nueva empresa:

INFORMACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN (Para que complete el empleado)

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de Seguro Social	☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	
N.º de teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico	☐ Nueva inscripción ☐ Cambio en la inscripción Si se debe a un evento calificado, ingrese la fecha del evento (DD/MM/AAAA)
N.º de teléfono de casa/celular		

He leído mis materiales de inscripción y solicito cobertura para los beneficios para los cuales soy elegible o puedo serlo. Entiendo que no se requieren contribuciones para los seguros básicos de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Entiendo que se requieren contribuciones para los beneficios que seleccione a continuación.

► Si se inscribe después del período de inscripción inicial durante las elecciones de mitad de año, también debe completar un formulario de Declaración de salud.

Seguro de vida a término

- ☒ Seguro de vida básico
☐ Seguro de vida complementario/opcional
☐ \$10,000 ☐ \$25,000 ☐ \$50,000 ☐ \$100,000 ☐ \$150,000
- Seguro de vida para cónyuge dependiente y seguro de vida para hijo dependiente
- ☐ Opción 1: Seguro de vida para cónyuge dependiente \$10,000; seguro de vida para hijo dependiente hasta 6 meses \$2,500; seguro de vida para hijo dependiente de 6 meses a 26 años \$5,000
☐ Opción 2: Seguro de vida para cónyuge dependiente \$20,000; seguro de vida para hijo dependiente hasta 6 meses \$2,500; seguro de vida para hijo dependiente de 6 meses a 26 años \$10,000
☐ Opción 3: Seguro de vida para cónyuge dependiente \$50,000; seguro de vida para hijo dependiente hasta 6 meses \$2,500; seguro de vida para hijo dependiente de 6 meses a 26 años \$10,000
☐ Opción 4: Seguro de vida para cónyuge dependiente \$10,000; seguro de vida para hijo dependiente hasta 6 meses \$0; seguro de vida para hijo dependiente de 6 meses a 26 años \$0
☐ Opción 5: Seguro de vida para cónyuge dependiente \$20,000; seguro de vida para hijo dependiente hasta 6 meses \$0; seguro de vida para hijo dependiente de 6 meses a 26 años \$0
☐ Opción 6: Seguro de vida para cónyuge dependiente \$50,000; seguro de vida para hijo dependiente hasta 6 meses \$0; seguro de vida para hijo dependiente de 6 meses a 26 años \$0
☐ Opción 7: Seguro de vida para cónyuge dependiente \$0; seguro de vida para hijo dependiente hasta 6 meses \$2,500; seguro de vida para hijo dependiente de 6 meses a 26 años \$5,000
☐ Opción 8: Seguro de vida para cónyuge dependiente \$0; seguro de vida para hijo dependiente hasta 6 meses \$2,500; seguro de vida para hijo dependiente de 6 meses a 26 años \$10,000

Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

- ☒ Seguro básico por AD&D ☐ AD&D complementario/opcional

INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN

Después de completarlo, haga una copia para sus registros y devuelva el original a su empleador.

ADVERTENCIAS DE FRAUDE

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

Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Luisiana, Massachusetts, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que presente información falsa de manera deliberada en una solicitud de seguro, comete un delito y puede estar sujeta a multas y penas de prisión.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Se deberá denunciar a toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con un acuerdo o adjudicación pagadera con los fondos del seguro, ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Regulatorias, según lo exija la ley aplicable.

Florida: Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Kansas y Oregón: Toda persona que a sabiendas presente una declaración sustancialmente falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones conforme a la ley estatal.

Kentucky: Toda 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 sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material comete un acto fraudulento de seguros, lo cual constituye un delito.

Maine, Tennessee y Washington: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que a sabiendas o de forma deliberada presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que presente información falsa a sabiendas o de forma deliberada en una solicitud de seguro, comete un delito y puede estar sujeta a multas y penas de prisión.

Nueva Jersey: Toda persona que presente una solicitud que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva York (aplica solamente al Seguro de accidentes y salud): Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material relacionado, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción de este tipo.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente cualquier reclamación por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Puerto Rico: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o instigue en la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y si se la declara culpable, se la castigará por cada infracción con una multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000), sin exceder los diez mil dólares (\$10,000); o encarcelada por un término fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el término fijo de encarcelamiento puede aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; y en caso de circunstancias atenuantes, el término de encarcelamiento puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Vermont: Toda persona que a sabiendas presente una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones conforme a la ley estatal.

Virginia: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o radique una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber infringido la ley estatal.

Pensilvania y todos los demás estados: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material comete un acto fraudulento de seguros, lo cual constituye un delito y puede someter a dicha persona a sanciones penales y civiles.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PARA SEGURO DE EMPLEADO

☐ Marque si se trata de un cambio de beneficiario

Designo a la(s) siguiente(s) persona(s) como beneficiario(s) primario(s) de cualquier cantidad pagadera al momento de mi muerte por la cobertura de seguro de MetLife solicitada en este formulario de inscripción. Con esta designación queda revocada cualquier designación previa de beneficiario para dicha cobertura. Entiendo que tengo el derecho de cambiar esta designación en cualquier momento. También entiendo que, a menos que se especifique lo contrario en el certificado de seguro grupal, el seguro pagadero por la muerte de un dependiente se paga al empleado.

☐ Marque si necesita más espacio para beneficiarios adicionales y adjunte una página aparte. Incluya toda la información del beneficiario, y firme/feche la página.

Nombre completo (Nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Parentesco	% de participación
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono	
Nombre completo (Nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Parentesco	% de participación
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono	
Nombre completo (Nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Parentesco	% de participación
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono del hogar	

El pago se realizará en partes iguales o en su totalidad al sobreviviente, salvo indicación en contrario. **TOTAL:** 100%

Si todos los beneficiarios primarios fallecen antes que yo, designo como beneficiario(s) contingente(s):

Nombre completo (Nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Parentesco	% de participación
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono	
Nombre completo (Nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Parentesco	% de participación
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)			N.º de teléfono	

El pago se realizará en partes iguales o en su totalidad al sobreviviente, salvo indicación en contrario. **TOTAL:** 100%

DECLARACIONES Y FIRMA

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

1. He leído este formulario de inscripción y declaro que toda la información que he proporcionado es verdadera y completa según mi leal saber y entender.
2. Declaro que me encuentro trabajando activamente en la fecha de mi inscripción y que, si me inscribo en cualquier seguro de vida contributivo, desempeño todas las funciones propias de mi puesto de trabajo a tiempo completo. Entiendo que si no estoy trabajando activamente en la fecha de vigencia programada del seguro, dicho seguro no entrará en vigor hasta que regrese al trabajo activo.
3. Entiendo que si no me inscribo para la cobertura de vida durante el período de inscripción inicial, o si no me inscribo para la cantidad máxima de cobertura para la cual soy elegible, se podría requerir evidencia de asegurabilidad satisfactoria para MetLife a fin de inscribirme u obtener un aumento en dicha cobertura después de que haya expirado el período de inscripción inicial. La cobertura no entrará en vigor, o será limitada, hasta que se reciba una notificación de que MetLife ha aprobado la cobertura o el aumento.
4. Autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones requeridas de mis ingresos para mi cobertura. Esta autorización se aplica a dicha cobertura hasta que la revoque por escrito.
5. He leído la sección de Designación del beneficiario incluida en este formulario de inscripción y he realizado una designación si así lo he decidido.
6. He leído las Advertencias sobre fraude aplicables incluidas 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)