

Formulario de Inscripción United of Omaha Life Insurance Company

3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, Nebraska 68175



Mutual of Omaha

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

* Nombre del Empleador: Cascade Designs, Inc.		Fecha de Empleo:	Identificación del Grupo: G000BYWT
Identificación del Subgrupo:	Código de Localidad:	Clase:	Ocupación:
* Salario: \$	<input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Bimensual <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 de Beneficios del Seguro de Vida a Término Voluntario – Seleccione Una Opción	Mensual Importe de Costo (12/Año)	Cantidad de Beneficios del Seguro por AD&D – Seleccione Una Opción	Mensual Importe de Costo (12/Año)
		Costo de Seguro de Vida a Término Voluntario		Costo de AD&D
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D - Empleado	<input type="checkbox"/> \$10,000	\$ _____	<input type="checkbox"/> \$10,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$30,000	\$ _____	<input type="checkbox"/> \$30,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$50,000	\$ _____	<input type="checkbox"/> \$50,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$130,000	\$ _____	<input type="checkbox"/> \$130,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$200,000	\$ _____	<input type="checkbox"/> \$200,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____	\$ _____	<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"/> \$5,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$15,000	\$ _____	<input type="checkbox"/> \$15,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$25,000	\$ _____	<input type="checkbox"/> \$25,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> \$30,000	\$ _____	<input type="checkbox"/> \$30,000	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Rechazar			
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D - Hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$10,000 (cada hijo)	\$0.70 (todos hijos)	<input type="checkbox"/> \$10,000 (cada hijo)	\$0.10 (todos hijos)
	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____	\$ _____	<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 7 veces su salario anual ó \$200,000. Para su cónyuge, el GIA es el valor inferior de 100% del la cantidad para la que se inscribió o \$30,000. En ningún caso, la cantidad de su cobertura excederá 7 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.
- Su conyuge dependiente tiene que estar de edad 85 ó menos para poder ser elegible por la cobertura. La cobertura termina cuando su conyuge llega a la edad de 85.
- Para ser elegibles para la cobertura, sus hijos dependientes deben ser menores de 26 si son estudiantes a tiempo completo.

Información Sobre Dependientes (Si ha inscrito a dependientes en algún seguro, debe completar esta sección. Imprimir claramente)

Si necesita agregar más dependientes de lo que le permite el espacio, incluya esta información en una hoja separada.

Apellido	Nombre del Dependiente Nombre	Sexo	Parentesco (Cónyuge, Hijo, Hija, etc.)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)

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.**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** _____ / _____ / _____**Información Adicional****Advertencia Sobre Fraudes:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud para un seguro ó una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, o que, con la intención de engañar, oculte datos relacionados con cualquier tema respecto del presente, comete un acto fraudulento contra la aseguradora, lo cual es un delito y estará sujeto a sanciones civiles y penales. (Nota: Esta advertencia sobre fraudes no se aplica a los residentes de AL, AR, CA, CO, DC, FL, KS, KY, LA, ME, MD, NJ, NM, NY, OH, OR, PR, RI, TN, VT y VA. Verifique la advertencia sobre fraudes específica de su estado de residencia si este escrito abajo o se puede encontrar en el sitio web de www.mutualofomaha.com).**Advertencia Sobre Fraudes en Washington:** Es considerado un delito proporcionar, con conocimiento de causa, información engañosa, incompleta o falsa a una compañía aseguradora con el objetivo de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, las multas o la denegación de los beneficios del seguro.