



Suscrito por:
Unum Life Insurance Company of America
2211 Congress Street, Portland, ME 04122

Formulario de Inscripción para el Seguro Colectivo de Vida a Término Fijo (Group Term Life Insurance)

Por favor escriba en letra imprenta legible y llene este formulario en su totalidad. El dejar preguntas sin responder demorará el proceso significativamente.

Tipo de solicitud:

Inscripción inicial: Para hacer selecciones iniciales; O

Inscripción anual: Para hacer cambios en las selecciones o la información existentes. Las selecciones o información que usted indique reemplazarán sus selecciones o información anteriores registradas en Unum. **Nota: Si no desea hacer ningún cambio, no complete este formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con el administrador de su plan.**

Número de Seguro Social del empleado

Sexo

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)

Horas trabajadas por
semana

____ - ____ - _____

M F

____ / ____ / _____

Nombre del empleado

Ini. 2º Nom. Apellido

Dirección del empleado

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de inicio del empleo

Salario anual

Ocupación

____ / ____ / _____

____, _____, _____

Exento

No exento

Fecha en que ingresó en una clase elegible (por ej., de tiempo parcial a tiempo completo) o

Fecha de recontractación o

Fecha de promoción a una clase elegible

Nombre del cónyuge
(si elige cobertura)

Fecha de nacimiento del cónyuge
(mm/dd/aaaa)

____ / ____ / _____

____ / ____ / _____

¿HA CONSUMIDO PRODUCTOS DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? Usted: Sí No Su cónyuge: Sí No

OPCIONES DE COBERTURA: Indique a continuación los montos de cobertura que desea seleccionar para usted y su cónyuge o sus hijos, si corresponde. Los montos de cobertura del seguro de vida para dependientes no puede exceder el 100% de los montos de cobertura de su seguro de vida. Los montos de cobertura que se dejen en blanco representarán un monto de cobertura igual a \$0.

MONTO DE COBERTURA ELEGIDO PARA:

Seguro de Vida: Usted: \$ _____, _____, _____

Su cónyuge: \$ _____, _____

Su hijo: \$ _____, _____

NOTA: Si usted ha elegido una cobertura superior al monto de la Emisión Garantizada para usted o su cónyuge, también tendrá que completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad. El monto de cobertura que sobrepase el valor de la Emisión Garantizada estará sujeto a la aprobación del Departamento de Evaluación de Riesgos Médicos y entrará en vigencia de acuerdo con los términos de la póliza. Si usted NO SOLICITA la cobertura para usted o su(s) dependiente(s) durante su período de inscripción inicial o el de los dependientes, deberá completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad para todos los montos de cobertura.

Información del beneficiario: Provea la información del beneficiario en el espacio proveído más adelante.

Solicitud de firma y certificación: He leído y entendido las "Limitaciones y Exclusiones" detalladas al dorso de este formulario de inscripción. Certifico que todas las declaraciones son verdaderas a mi mejor saber y entender; y entiendo que podré obtener una copia de este formulario en caso de solicitarla. Autorizo a mi empleador a que haga las deducciones necesarias de mi sueldo para pagar la prima, a partir de que mi seguro entre en vigencia. Entiendo que el monto que se deduce de mi nómina de pago cambiará si mi cobertura o los costos llegan a ser modificados.

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS Y ENVÍE UNA COPIA A SU EMPLEADOR

EB-1014-SP

Firma del empleado

Fecha

Teléfono del trabajo

Teléfono particular

Información del beneficiario

| | | |
|--|------------------------------|------------------------|
| NOMBRE (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): | PARENTESCO CON USTED: | % DE BENEFICIO: |
| | | |
| SI EL BENEFICIARIO(S) INDICADO ANTERIORMENTE FALLECIÓ, PAGARLE A: | | |
| | | |

Limitaciones y Exclusiones

FECHA DE EFECTIVIDAD PRORROGADA:

Empleado: En el caso de los empleados que no se encuentren laboralmente activos, el inicio de la cobertura se demorará hasta el primer día del mes que coincida o que siga a la fecha en que los mismos se reintegren a su trabajo. Las vacaciones programadas regularmente cumplen con la definición de encontrarse laboralmente activo.

Dependientes: La cobertura para los dependientes totalmente incapacitados se postergará hasta el primer día del mes que coincida o que siga a la fecha en que el individuo ya no se encuentre incapacitado. Esta demora no se aplica a los niños recién nacidos mientras esté vigente el seguro del dependiente. "Totalmente incapacitado" significa que, como resultado de una lesión, enfermedad o trastorno, su dependiente se encuentra internado en un hospital o establecimiento similar; no puede desempeñar dos o más actividades de la vida cotidiana (ADL) debido a una incapacidad física o mental resultante de una lesión o enfermedad; sufre problemas cognitivos; o padece una afección que atenta contra su vida.

EXCLUSIÓN POR SUICIDIO:

Quando la causa de la muerte sea el suicidio:

1. No se pagarán beneficios por una pérdida ocurrida dentro de los 24 meses posteriores a la fecha de entrada en vigencia inicial del seguro del individuo; y
2. No se pagará ningún seguro adicional por una pérdida ocurrida dentro de los 24 meses posteriores al día en que entra en vigencia dicho seguro adicional.

Esta exclusión por suicidio no se aplica a los residentes de Washington.

Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS Y ENVÍE UNA COPIA A SU EMPLEADOR

EB-1014-SP