

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL SEGURO

Use este formulario para solicitar la cobertura. Simplemente complete cualquier información faltante a continuación. No olvide incluir su número del Seguro Social y su fecha de nacimiento, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy.



Life Insurance Company
of North America.

Empleador: Evans County Board of Education

TODO ACERCA DE USTED – EL EMPLEADO

Su nombre _____ N.º del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Correo electrónico _____ N.º de identificación del empleado _____ Sexo _____
 Teléfono _____

COMPLETE ESTA SECCIÓN ÚNICAMENTE SI DESEA COBERTURA PARA SU CÓNYUGE*

Actualmente estoy casado/a y mi fecha de matrimonio es: _____

Nombre _____ N.º del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

SUS ELECCIONES DE COBERTURA

Seguro por lesión accidental (voluntario) pagado por el empleado – Póliza N.º AI961429		
Elija el plan y a quién desea incluir en su cobertura. Consulte el Resumen de beneficios para conocer los costos mensuales.		
	Plan	Aceptación
<input type="checkbox"/> Empleado únicamente <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> Empleado + hijos <input type="checkbox"/> Empleado + grupo familiar Cant. de hijos cubiertos _____	<input type="checkbox"/> Plan 1 <input type="checkbox"/> Plan 2	<input type="checkbox"/> Acepto la cobertura <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura

Seguro de atención hospitalaria (voluntario) pagado por el empleado – Póliza N.º HC961145		
Elija el plan y a quién desea incluir en su cobertura. Consulte el Resumen de beneficios para conocer los costos mensuales.		
	Plan	Aceptación
<input type="checkbox"/> Empleado únicamente <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> Empleado + hijos <input type="checkbox"/> Empleado + grupo familiar Cant. de hijos cubiertos _____	<input type="checkbox"/> Plan	<input type="checkbox"/> Acepto la cobertura <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura

* A los fines de este folleto, cada vez que aparezca el término cónyuge también incluirá a la(s) pareja(s) de hecho registrada(s) en cualquier estado cuyas leyes reconozcan las parejas de hecho o las uniones civiles. Su representante de Servicios de Beneficios podrá ofrecerle más información al respecto.

Para residentes de California: Al firmar a continuación, certifico que yo y mis dependientes para los cuales solicito cobertura tenemos actualmente una cobertura integral de beneficios médicos a través de una póliza de seguro HMO o un plan de beneficios médicos de un empleador. Cualquier persona que no tenga actualmente una cobertura integral de beneficios médicos NO es elegible para la cobertura por Enfermedad crítica ni la cobertura de Atención hospitalaria.

Residentes de Maryland: Advertencia: Toda persona que presente a sabiendas o intencionalmente una reclamación de pago falsa o fraudulenta por una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas o intencionalmente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y a una pena de prisión.


Residentes de Oregon: Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra la compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier tipo de información falsa, o (2) oculte información respecto de cualquier dato con el objetivo de engañar, cometerá un acto fraudulento contra el seguro, podrá ser culpable del delito de fraude y podrá estar sujeta a sanciones civiles o penales si fuera intencional y relevante para el riesgo.

Residentes de Vermont: Advertencia: Toda persona que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro podría ser culpable de un delito penal y podría estar sujeta a sanciones en virtud de la ley estatal.

Dé vuelta la hoja para completar el proceso de inscripción. Asegúrese de conservar una copia para su archivo.

FIRME AQUÍ PARA ACEPTAR LA DEDUCCIÓN DE SU SUELDO

Acepto las opciones de seguro seleccionadas anteriormente. Si las primas se pagan en nómina, autorizo a mi empleador a que deduzca las cantidades necesarias de mi sueldo. Si no elegí la cobertura ahora, y decido que deseo la cobertura más adelante, se me podrá exigir que yo costee la evidencia de asegurabilidad. Comprendo que la cobertura está sujeta a la aprobación de Cigna y que mi seguro no entrará en vigor a menos que yo esté trabajando activamente en la fecha de entrada en vigor. También comprendo que la cobertura para cada uno de mis dependientes entrará en vigor solamente si la persona no está internada en un hospital o institución, ni está recibiendo ningún tratamiento médico. Comprendo que mi información está protegida por leyes de privacidad y se divulgará únicamente conforme a dichas leyes. La información adicional sobre las reglas y condiciones del seguro solicitado se describe en la póliza y el certificado. La cobertura del seguro está asegurada por Life Insurance Company of North America.

Firme aquí  Firma _____ Fecha _____

El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.
© 2022 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.