

# Sun Life Assurance Company of Canada

Formulario de Registro para Seguro Colectivo (*Group Enrollment Form*)



Nombre del empleador	# de Póliza	Tipo de empleo activo actual <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial		Ocupación (Título)	
Nombre legal completo del empleado (primer nombre, inicial, apellidos)		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de Nac.	Núm. Seg. Soc.	Estado Civil
Domicilio (calle y número)		Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de Contratación / Recontratación
<p>La cobertura de seguro tiene que ser elegida o rechazada <b>dentro de los 31 días después de la fecha en que Ud. reúna los requisitos para la misma</b>, marcando (✓) en las casillas correspondientes. La disponibilidad de los beneficios detallados a continuación, estará condicionada al ofrecimiento de los mismos por su empleador. Su empleador le informará cuales son los beneficios disponibles.</p>					
Seguro de Vida Básico .....		<input type="checkbox"/> Elijo	<input type="checkbox"/> Rechazo	<p><b>Seguro de Vida Opcional:</b> Si su empleador ofreciera el Plan Opcional de Seguro de Vida Colectivo, utilice el Formulario de Registro para Plan Opcional de Seguro de Vida (<i>Optional Life Enrollment Form</i>) suministrado por Sun Life Assurance Company of Canada para registrarse y calcular el costo de su cobertura. Para información más detallada, comuníquese con su empleador.</p>	
Muerte y Desmembramiento Accidental .....		<input type="checkbox"/> Elijo	<input type="checkbox"/> Rechazo		
Seg. Vida para Dependiente .....		<input type="checkbox"/> Elijo	<input type="checkbox"/> Rechazo		
Incap. Corto Plazo (STD) .....		<input type="checkbox"/> Elijo	<input type="checkbox"/> Rechazo		
Incap. Largo Plazo (LTD) .....		<input type="checkbox"/> Elijo	<input type="checkbox"/> Rechazo		
<p>Si desea cobertura para su cónyuge y/o hijos, anote sus nombres legales completos, fecha de nacimiento y número de seguro social en los espacios correspondientes. Agregue hojas adicionales si necesita más espacio.</p>		<p>Nombre legal completo (primer nombre, inicial, apellidos)</p>		Núm. Seg. Soc.	Fecha de Nac.
Cónyuge					
Hijo					
Hijo					
<p><b>Designación de los Beneficiarios Primarios</b> (únicamente para el seguro de vida) — En los espacios a continuación anote los nombres de los beneficiarios que recibirán los réditos si Ud. muriera. Ud. podrá nombrar todos los beneficiarios que desee, pero la suma de los porcentajes de los réditos asignados a cada beneficiario tendrá que equivaler al 100%. Estas personas son sus beneficiarios primarios. Agregue hojas adicionales si necesita más espacio.</p>					
Beneficiarios Primarios (primer nombre, inicial, apellidos)	Relación con el empleado	Domicilio	Núm. Seg. Soc.	Porcentaje de los réditos*	
1.				%	
2.				%	
<p><b>Designación de los Beneficiarios Secundarios</b> (únicamente para el seguro de vida) — En los espacios a continuación anote los nombres de los beneficiarios que recibirán los réditos, ÚNICAMENTE SI NINGUNO de los precitados beneficiarios primarios se encontrara en vida al morir Ud. Estas personas son sus beneficiarios secundarios (o contingentes). Ninguno de los beneficiarios secundarios recibirá rédito alguno, si algún beneficiario primario se encontrara en vida al morir Ud. Agregue hojas adicionales si necesita más espacio.</p>					
Beneficiarios Secundarios (primer nombre, inicial, apellidos)	Relación con el empleado	Domicilio	Núm. Seg. Soc.	Porcentaje de los réditos*	
1.				%	
2.				%	
<p>* La suma de todos los porcentajes dentro de cada clasificación (primario y secundario) tendrá que equivaler al 100%.</p>					
<p><b>Advertencia:</b> Evidencia Médica de Asegurabilidad será requerida de cualquier empleado que solicite la cobertura después de los 31 días de la fecha en que el mismo reúna los requisitos para la cobertura. El empleado tendrá que pagar por la tramitación de la Evidencia Médica de Asegurabilidad.</p>					
<p><b>Advertencia Referente al Fraude:</b> Favor de leer las advertencias referentes al fraude que aparecen en la próxima página (al dorso). Mediante su firma en este formulario, Ud. hace constar que la información proporcionada es verídica y correcta y que Ud. ha leído y ha entendido las advertencias referentes al fraude que aparecen al dorso de este documento.</p>					
X _____ Firma del Empleado ( <i>Employee</i> )			_____ Fecha de Hoy		

**Para que su cobertura entre en vigor Ud. tendrá que firmar y fechar este formulario.**

**Empleado:** Saque una copia de este formulario y guárdela con sus documentos importantes antes de entregárselo a su empleador.

**Empleador:** Este formulario original debe ser archivado en la empresa. Los cambios en la estructura de la familia, en la cobertura o los beneficiarios deben ser registrados en otro formulario de registro.

**Únicamente para uso del Empleador**

Ubicación	Plan (Grupos de Beneficios)	Núm. Seg. Soc./ Núm. de ID del Asociado
-----------	-----------------------------	---

Proporcione el sueldo devengado por el empleado en la casilla correspondiente. La mayoría de los empleadores únicamente deberán utilizar la casilla "Toda Cobertura". No obstante, si su póliza colectiva requiriera el cálculo del ingreso correspondiente a cada cobertura separada, favor de indicar las cantidades pertinentes en las casillas correspondientes.

Indique la frecuencia de pago correspondiente. Si el empleado es pagado por hora, indique el número de horas trabajadas por semana. Aunque en la mayoría de los planes el ingreso devengado comprende únicamente el sueldo del empleado (sin los bonos, comisiones, etc.), refiérase a la definición detallada en su póliza colectiva para la definición apropiada del ingreso devengado.

Ingreso por concepto de Toda Cobertura \$	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos Semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	Por hora Horas trabajadas por semana: _____
Ingreso por concepto del Seguro de Vida \$	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos Semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	Por hora Horas trabajadas por semana: _____
Ingreso por concepto del Seguro STD \$	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos Semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	Por hora Horas trabajadas por semana: _____
Ingreso por concepto del Seguro LTD \$	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos Semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	Por hora Horas trabajadas por semana: _____

**Advertencias Referente al Fraude:** Favor de leer las siguientes advertencias antes de firmar el Formulario de Inscripción. La ley estatal requiere que nosotros le proporcionemos las siguientes advertencias:

**Advertencia Referente al Fraude:** Cualquier persona que remita una solicitud para seguro o una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento contra la industria de seguros, si dichos documentos fueren remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos que exponen a dicha persona a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

**Advertencia referente al fraude para Colorado:** El suministro de información o datos falsos, incompletos o dolosos a una compañía de seguros con la finalidad o intenciones de defraudar a la misma será considerado como un acto ilícito, si dicha información o datos fueren remitidos deliberadamente. Las penalidades pueden comprender la privación de la libertad, la aplicación de multas, la denegación de los beneficios derivados del seguro y sanciones por daños y perjuicios. Cualquier compañía o agente de seguros que proporcione información o datos falsos, incompletos o dolosos al titular de una póliza de seguros o a un reclamante, con la finalidad o intención de defraudar a los mismos, en torno a la liquidación o adjudicación de los réditos de seguro, será reportado al *Colorado Division of Insurance* el cual forma parte del *Department of Regulatory Agencies* si dicha información o datos fueren proporcionados deliberadamente.

**Advertencia referente al fraude para Florida:** Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o dolosa, será culpable de haber cometido un delito del tercer grado, si dicha documentación fuere remitida deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros.

**Advertencia referente al fraude para Louisiana y Massachusetts:**

Cualquier persona que remita una reclamación falsa o fraudulenta para recaudar beneficios o retribución por una pérdida o que remita información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de haber cometido un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y a la privación de la libertad, si dicha reclamación o información fuere remitida deliberadamente.

**Advertencia referente al fraude para Maryland:** Cualquier persona que remita una solicitud para seguro o una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento contra la industria de seguros, si dichos documentos fueren remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos constituirán un delito siempre y cuando los mismos sean determinados como tales por una corte de jurisdicción competente.

**Advertencia referente al fraude para New Jersey:** Cualquier persona que remita información falsa o dolosa en una solicitud para una póliza de seguro estará sujeta a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

**Advertencia referente al fraude para Oklahoma:** Cualquier persona que presente una reclamación para los réditos de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o dolosa, será culpable de haber cometido un delito, si dicha documentación fuere remitida deliberadamente y con las intenciones de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros.

**Advertencia referente al fraude para Oregon, Virginia y Washington:** Cualquier persona que remita una solicitud o una reclamación con información falsa o dolosa podrá ser considerada culpable de haber violado la ley estatal, si dichos documentos fueren remitidos deliberadamente con la intención de defraudar o con la finalidad de facilitar fraude contra una compañía de seguros.

**NOTICE**

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document.

**ADVERTENCIA**

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se registrarán por la versión original del documento redactada en inglés.

Sun Life Assurance Company of Canada es integrante del consorcio Sun Life Financial.

© 2003 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todo derecho reservado.

Sun Life Financial y el símbolo con el globo son las marcas de servicio de Sun Life Assurance Company of Canada.