

Sun Life Insurance and Annuity Company of New York

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 dentro de los 31 días después de la fecha en que Ud. reúna los requisitos para la misma, 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 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. Largo Plazo (LTD) <input type="checkbox"/> Elijo <input type="checkbox"/> Rechazo		<p>Seguro de Vida Opcional: 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 Insurance and Annuity Company of New York para registrarse y calcular el costo de su cobertura. Para información más detallada, comuníquese con su empleador.</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.		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:30%;">Nombre legal completo (primer nombre, inicial, apellidos)</th> <th style="width:20%;">Núm. Seg. Soc.</th> <th style="width:20%;">Fecha de Nac.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cónyuge</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hijo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hijo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Nombre legal completo (primer nombre, inicial, apellidos)	Núm. Seg. Soc.	Fecha de Nac.	Cónyuge				Hijo				Hijo			
	Nombre legal completo (primer nombre, inicial, apellidos)	Núm. Seg. Soc.	Fecha de Nac.																		
Cónyuge																					
Hijo																					
Hijo																					
<p>Designación de los Beneficiarios Primarios (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				Porcentaje de los réditos*																	
(primer nombre, inicial, apellidos)	Relación con el empleado	Domicilio	Núm. Seg. Soc.																		
1.				%																	
2.				%																	
<p>Designación de los Beneficiarios Secundarios (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				Porcentaje de los réditos*																	
(primer nombre, inicial, apellidos)	Relación con el empleado	Domicilio	Núm. Seg. Soc.																		
1.				%																	
2.				%																	
<p>* La suma de todos los porcentajes dentro de cada clasificación (primario y secundario) tendrá que equivaler al 100%.</p>																					
<p>Advertencia: 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>Advertencia Referente al Fraude: Favor de leer la advertencia referente al fraude que aparece en la próxima página (al dorso).</p>																					
<p>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 la advertencia referente al fraude que aparece 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.

Empleado: 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"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal	Por hora Horas trabajadas por semana: _____
	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Cada dos Semanas		

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

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

Advertencia Referente al Fraude: Favor de leer la siguiente advertencia antes de firmar el Formulario de Inscripción. La ley estatal requiere que nosotros le proporcionemos la siguiente advertencia:

Cualquier persona que remita una solicitud para seguro contra accidentes y seguro médico 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 sujetos a la aplicación de una penalidad civil, por concepto de cada violación de esta índole. La penalidad no excederá de cinco mil dólares más el valor declarado en dicha reclamación.

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.