



**Health Net**<sup>®</sup>

LIFE INSURANCE COMPANY

Membresía y Elegibilidad para Seguro de Vida  
Post Office Box 9103 • Van Nuys, California 91409-9103

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIO PARA EMPLEADO DE GRUPO / DEPENDIENTE

- Inscripción
- Cambio

**La falta de información demorará el procesamiento de este formulario de inscripción.**

EMPLEADOR				
NOMBRE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA				PÓLIZA No.
CARGO DEL EMPLEADO	FECHA DE CONTRATACIÓN	FECHA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA	SALARIO DEL EMPLEADO	
CLASE DE EMPLEADO (SI CORRESPONDE)	No. DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA		\$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

**Empleador: Envíe una copia a Health Net Life Insurance Company, a la dirección de arriba.**

EMPLEADO							
A. INFORMACIÓN GENERAL							
APELLIDO DEL EMPLEADO		NOMBRE		INICIAL	No. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ( ) -	
Cónyuge/Pareja		NOMBRE		INICIAL	No. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
Hijo (a)							
Hijo (a)							

**Nota: Se deberá listar a los hijos (as) adicionales en una hoja separada adjuntada a este formulario.**

B. INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA			
<input type="checkbox"/> Cantidad Básica (Empleado) \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad de Seguro de Vida Suplementario \$ _____		
(incluye Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D))			
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida del Dependiente \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad de AD&D Suplementario \$ _____		
<input type="checkbox"/> Cantidad del Cónyuge/Pareja \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad del Cónyuge/Pareja \$ _____		
<input type="checkbox"/> Cantidad del Hijo (a) \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad del Hijo (a) \$ _____		
Nota - Cantidad del lactante = 10% de la cantidad del hijo			

C. DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO (Requerida con las coberturas de Vida y AD&D.)							
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	No. DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN CON EL EMPLEADO	
DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ( ) -	

**NOTA: Se deberá indicar los beneficiarios eventuales o adicionales en una hoja separada adjuntada a este formulario.**

D. DECLARACIONES	
<p>Solicito cobertura bajo el plan de seguro colectivo de mi empleador como se indica y también verifico la información de la sección del empleado. Además, autorizo a mi empleador a que deduzca de mis ganancias cualquier pago, si corresponde, para esta cobertura.</p> <p>Si marqué NO para cualquiera o para todas las coberturas de vida y/o de dependientes arriba indicadas, entiendo que Health Net Life Insurance Company puede no aprobar mi solicitud para cambiar esta decisión a menos que proporcione prueba satisfactoria de asegurabilidad.</p>	
FIRMA	FECHA
<b>X</b>	

# INSCRIPCIÓN PARA EMPLEADO DE GRUPO / DEPENDIENTE

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**Empleadores** Completar la sección del Empleador.

**Empleados** Completar las secciones A a D.

### SECCIÓN A

- Los dependientes elegibles incluyen a su esposo, o esposa, o pareja y a sus hijos (as) solteros menores de 21 años o menores de la edad especificada en el plan para los estudiantes.

### SECCIÓN B

- Marque Sí / No para cada opción de cobertura e identifique la cantidad de la cobertura. (Si no está seguro de para cuáles beneficios usted es elegible, por favor pregunte al Administrador de Beneficios de su Empleador).
- Indique si su cobertura es un importe fijo de dólares o si está basada en un múltiplo de su salario. (Si no está seguro de para cuáles beneficios o importes de cobertura usted es elegible, por favor pregunte al Administrador de Beneficios de su Empleador).
- Si selecciona una cobertura Suplementaria de Vida y Suplementaria de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) mayor a la cantidad con emisión garantizada, usted tiene que presentar una Prueba de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés).

### SECCIÓN C

- Para la cobertura de Vida y AD&D se requiere la designación de beneficiarios.

Por favor, use el nombre completo del beneficiario (por ejemplo, Smith, Mary J., no Smith, Sra. John T.)

Si ha indicado que su beneficiario es un trust o su última voluntad, le enviaremos formularios especiales para completar. También tendrá que completar formularios especiales si no desea que sus beneficiarios reciban el pago en una cantidad alzada.

Si los beneficiarios son fideicomisarios de un Plan de Pensión, por favor dé el nombre del plan.

Pagaremos lo mismo a todos sus beneficiarios a menos que usted indique que deberemos pagarles en porcentajes distintos.

### SECCIÓN D

- Usted debe firmar esta sección, pero sólo se requiere la firma de un testigo si usted ha rechazado cualquiera de las coberturas.
- La última copia del formulario completado es para sus archivos.