



# FORMULARIO DE CAMBIO DE INSCRIPCION PARA EMPLEADO DE GRUPO/DEPENDIENTE

Inscripción  
 Cambio

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

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

EMPLEADOR			
NOMBRE DEL TENEDOR DE LA POLIZA			No. DE POLIZA
CARGO DEL EMPLEADO	FECHA DE CONTRATACION	FECHA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA	SALARIO DEL EMPLEADO
CLASE DE EMPLEADO (SI CORRESPONDE)	No. DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA		\$ _____

Por hora  
 Semanal  
 Mensual  
 Anual

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

EMPLEADO						
A. INFORMACION GENERAL						
APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE	INICIAL	No. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO ( ) -	
Cónyuge	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	No. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
Hijo/a						
Hijo/a						

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

B. INFORMACION SOBRE LA COBERTURA	
<input type="checkbox"/> Cantidad Básica (Empleado) \$ _____ (incluye Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D))	<input type="checkbox"/> Cantidad de Seguro de Vida Suplementario \$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida del Dependiente \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad de AD&D Suplementario \$ _____
Cantidad del Cónyuge \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad del Cónyuge - \$ _____
Cantidad del Hijo/a \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad del Hijo/a - \$ _____

Nota - Cantidad del lactante = 10% de la cantidad del hijo/a

C. DESIGNACION DEL BENEFICIARIO (Requerida con las coberturas de Vida y AD&D).					
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	No. DE SEGURO SOCIAL	RELACION CON EL EMPLEADO	
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO ( ) -

Firma del Cónyuge: \_\_\_\_\_ (Sólo es necesario cuando el beneficiario nombrado no es el cónyuge).  
Si ninguno de los arriba mencionados está vivo, entonces pague a:

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

D. DECLARACIONES	
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.	
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.	
FIRMA <b>X</b>	FECHA

# INSCRIPCION PARA EMPLEADO DE GRUPO / DEPENDIENTE

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCION

**Empleadores** Completar la sección del Empleador.

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

### SECCION A

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

### SECCION 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).

### SECCION 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.

### SECCION 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.