

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL SEGURO
DE VIDA A TÉRMINO GRUPAL**

Usa este formulario para enviar una solicitud de cobertura. Simplemente complete la información solicitada a continuación. No olvides incluir tu número de Seguro Social (SSN), tu fecha de nacimiento, tu firma y la fecha de hoy.



Devuelve el formulario completado a: Departamento de Seguros

EMPLEADOR: Capistrano Unified School District

TODO SOBRE TI – EL EMPLEADO

Tu nombre _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Email _____ Teléfono de casa/celular _____ N.º de ID de empleado _____ Sexo: _____

COMPLETA ESTA SECCIÓN ÚNICAMENTE SI QUIERES COBERTURA PARA TU CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO*

Para poder recibir cobertura para tu pareja de hecho, debes tener registrada la relación en el estado o haber entregado una declaración jurada a tu empleador que haya sido aceptada por la aseguradora.

Actualmente estoy casado y mi fecha de matrimonio es _____
 Actualmente tengo pareja de hecho y la fecha en que comenzó nuestra relación es _____
 Nombre del cónyuge o pareja de hecho _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

TUS ELECCIONES DE COBERTURA

Revisa el resumen de beneficios adjunto para ver los costos y las instrucciones sobre cómo calcular la prima.

Seguro de vida a término pagado por el empleado – Póliza n.º FLX0971055 Suscrito por LINA

Elige abajo la cantidad de cobertura que quieres y a quién te gustaría cubrir. Consulta el Resumen de beneficios para conocer los costos.

A quién quieres cubrir	Cantidades de cobertura	Acepta la cantidad de cobertura que quieres o rechaza la cobertura de abajo.
<input type="checkbox"/> Empleado	Unidades de \$10,000, hasta \$500,000 Cantidad de emisión garantizada***: \$200,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$200,000*** <input type="checkbox"/> \$500,000**** <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>La cantidad debe ser un múltiplo de \$10,000.</i> <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja de hecho	Unidades de \$10,000 hasta \$500,000, sin exceder el 100 % del beneficio del empleado Cantidad garantizada emitida***: \$50,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$50,000*** <input type="checkbox"/> \$500,000**** <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>La cantidad debe ser un múltiplo de \$10,000. La cantidad no puede exceder el 100 % de la cobertura del empleado.</i> <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura
<input type="checkbox"/> Hijos	Unidades de \$1,000, hasta \$10,000 Cantidad garantizada emitida***: Todas las cantidades	<input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$10,000**** <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>La cantidad debe ser un múltiplo de \$1,000.</i> <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura

Si eliges incluir hijos, todos los hijos dependientes elegibles estarán cubiertos.

*** La cantidad garantizada solo está disponible si te inscribes dentro de los primeros 31 días de elegibilidad. Para cualquier cobertura que no sea garantizada, debes completar el Formulario de Prueba de Asegurabilidad. Las cantidades de seguro pueden estar limitadas por la ley estatal.


**** Esta es la cantidad máxima de cobertura que puedes elegir con este plan. La cobertura que elijas durante este período de inscripción entrará en vigor el 05/01/2026, la fecha en que tu empleador reciba tu formulario de elección o, si corresponde, la fecha en que la compañía de seguros apruebe tu Formulario de evidencia de asegurabilidad, lo que ocurra más tarde.

** "Pareja de hecho" se define en la póliza de grupo. Para los efectos de este formulario, donde aparezca el término cónyuge, también se incluirá a las parejas de hecho y las parejas de hecho registradas en cualquier estado que reconozca legalmente las parejas de hecho o las uniones civiles. Puedes obtener más información con tu empleador. Cónyuge incluye parejas en relaciones de unión civil para los residentes de Vermont y parejas de hecho registradas en el estado para los residentes de Oregón.

FIRMA AQUÍ PARA ACEPTAR LA DEDUCCIÓN DE SU SUELDO

Acepto las opciones de seguro que elegí arriba. Si las primas se pagarán mediante la nómina, autorizo a mi empleador a que descuente las cantidades necesarias de mi cheque de pago. Entiendo que la cobertura depende de la aprobación de la aseguradora y que mi seguro no entrará en vigencia si no estoy trabajando activamente en la fecha de inicio. También entiendo que la cobertura para cada uno de mis dependientes entrará en vigor solo si la persona no está confinada en un hospital o una institución o si no está recibiendo cierto tratamiento médico. Entiendo que mi información está protegida por las leyes de privacidad y se revelará solo según estas leyes. En la póliza y el certificado se describe más información sobre las normas y condiciones del seguro que se pidió. La cobertura del seguro está respaldada por Life Insurance Company of North America.

Precaución: Para tu protección, la ley de California requiere que aparezca la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para realizar un reclamo por el pago de una pérdida, será culpable de un crimen y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

Firma aquí  Firma _____ Fecha _____

Creado el 03/2026.