

**Formulario de Inscripción para el Seguro Dental y Visión**

Suscrito por: Starmount Life Insurance Company
8485 Goodwood Blvd., Baton Rouge, LA 70806-7878
Número de Fax: (207) 771-4019

Por favor escriba en letra de molde y complete este formulario en su totalidad. Los campos en blanco causarán retrasos en el procesamiento.

- ☐ Inscripción Inicial: Para realizar elecciones iniciales; o
- ☐ Inscripción Anual o Cambio de Estado: Para realizar cambios en las elecciones y/o información existente. Las elecciones/información que indique reemplazarán sus elecciones/información anterior en el archivo. Nota: Si no desea realizar ningún cambio, no complete este formulario. Por favor comuníquese con su empleador si tiene alguna pregunta.
- ☐ Finalizar la Cobertura: Para finalizar la cobertura suya y la de todos sus dependientes.
- ☐ Renunciar a la cobertura. ☐ Cubierto bajo el plan grupal del Cónyuge ☐ Tengo otra cobertura ☐ Otro: _____

Nombre del Empleado		Póliza No.	División No.	Fecha Efectiva
Nº de Seguro Social del Empleado	Sexo ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Horas Trabajadas por Semana
Nombre del Empleado		2º N	Apellido	
Domicilio del Empleado		Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha original de contratación	Activamente Trabajando: ☐ Sí ☐ No	☐ Fecha en que ingresó a una clase elegible (p. ej, tiempo parcial a tiempo completo o fecha de promoción) ☐ Fecha de reconstrucción _____		

ELECCIONES DEL CÓNYUGE/DEPENDIENTES: (Para dependientes adicionales, complete y adjunte un formulario adicional.)

Nombre (Nombre, 2ºN, Apellido)	Sexo	Fecha Nacimiento	Parentesco	Elección (A=Agregar; F=Finalizar)	Fecha Efectiva (si es diferente)
	☐ M ☐ F			☐ A ☐ F	
	☐ M ☐ F			☐ A ☐ F	
	☐ M ☐ F			☐ A ☐ F	
	☐ M ☐ F			☐ A ☐ F	
	☐ M ☐ F			☐ A ☐ F	

Si los hijos dependientes enumerados son estudiantes discapacitados o estudiantes de tiempo completo de 19 años o más, comuníquese con el administrador de su grupo. **ELECCIONES DE COBERTURA:**

Tipo de Cobertura	Solo el Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijo(s)	Empleado/Familia
Dental ☐ Alto ☐ Bajo ☐ Otro ☐ Renunciar	☐	☐	☐	☐
Visión ☐ Alto ☐ Bajo ☐ Otro ☐ Renunciar	☐	☐	☐	☐

REEMPLAZO:

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido una cobertura continua proporcionando beneficios iguales o similares con un proveedor anterior?		☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione:	Titular de la Póliza:	Compañía Aseguradora:

El certificado proporciona beneficios limitados. Revise cuidadosamente su certificado.

Advertencia: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una solicitud de seguro o presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede estar sujeta a sanciones civiles o penales, según la ley estatal.

Solicitud de Firma y Certificación: Entiendo que mi cobertura puede estar sujeta a períodos de espera, limitaciones, exclusiones y finalización como se describe en los materiales de inscripción o en los folletos para empleados que me ha proporcionado mi empleador y no entrarán en vigencia hasta que sean aprobados. Todas las declaraciones son verdaderas a mi leal saber y entender y entiendo que una copia de este formulario estará disponible para mí bajo solicitud. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación material puede resultar en la denegación del reclamo o la cancelación de la cobertura. Autorizo a mi empleador a hacer las deducciones necesarias de mi salario o salarios para pagar la prima cuando mi seguro entre en vigencia. Entiendo que el monto de la deducción de mi nómina cambiará si cambian mi cobertura o mis costos.

Entiendo que si renuncio a la cobertura y luego decido inscribirme, pueden aplicar penalizaciones por participar en forma tardía.

Firma del Empleado

Fecha (mm/dd/aaaa)

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS Y ENVÍE UNA COPIA A SU EMPLEADOR

Unum es una marca registrada y una marca de marketing de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.