



Principal Life Insurance Company

Dirección postal:
Des Moines, IA
50392-0002

**Formulario para
cambios del
empleado - CA**

La versión en español del presente documento es suministrada por cortesía de Principal Life Insurance Company. Los documentos originales que establecen todas las disposiciones de las políticas, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones legales están redactados en inglés.

**Si necesita asistencia, llame al 1-800-243-1404
entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m., hora central, de lunes a viernes.**

Nombre de la compañía	Número de cuenta/unidad
-----------------------	-------------------------

Información del empleado (cambio de nombre y dirección)

Su nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social
---	-------------------------

Nombre nuevo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Su nueva dirección (calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)
----------------------------	----------	----------	-----------------

Número de teléfono de casa	Dirección de email
----------------------------	--------------------

Complete para agregar, cancelar o cambiar la cobertura. Por favor, complete un formulario de inscripción si se inscribe por primera vez.

Cobertura	Empleado	Cónyuge	Pareja doméstica registrada con el estado	Pareja doméstica no registrada*	Hijos
Dental	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
En los últimos 12 meses, ¿usted, el solicitante, tuvo cobertura de ortodoncia grupal continua (para usted o sus dependientes) con una aseguradora anterior? sí no					
de cuidado de la vista	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
de vida grupal a término	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
de vida suplementaria a término	Agregar Cancelar Cambiar a:				
	Cambiar a la fecha:				

Cobertura	Empleado	Cónyuge	Pareja doméstica registrada con el estado	Pareja doméstica no registrada*	Hijos
Voluntaria de vida a término	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
	\$ _____ o _____ salario X	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
de discapacidad a corto plazo	Agregar Cancelar Ocupación:				
de discapacidad a largo plazo	Agregar Cancelar Ocupación:				
de enfermedad grave	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	

Si solicita cobertura de enfermedad grave, ¿tiene usted o sus dependientes elegibles otros beneficios de un contrato o póliza de seguro individual o grupal que administre o provea cobertura médica, de hospital y quirúrgica, no diseñada para complementar otros planes privados o del gobierno que estén en vigor a la fecha de esta solicitud de cobertura de enfermedad grave? **NOTA:** La cobertura de enfermedad grave no se puede otorgar a una persona que no tiene dicha cobertura en vigor.

empleado: sí no cónyuge, pareja doméstica registrada con el estado o pareja doméstica no registrada: sí no

Completar si la cobertura que está agregando o cambiando se basa en su salario.

Salario \$ _____ anual quincenal mensual semanal por hora

* Las parejas domésticas no registradas solo se podrán agregar si su empleador permite esta cobertura. Al agregar a una pareja doméstica no registrada, por favor, adjunte una Declaración jurada de pareja doméstica/Apéndice del formulario de inscripción, separada.

Productos de nicotina

¿Ha consumido alguna persona productos de nicotina (incluyendo cigarrillos, pipa, puros o tabaco de mascar) en los últimos 12 meses?

Empleado: Cónyuge: Pareja doméstica registrada con el estado: Pareja doméstica no registrada:
 sí no sí no sí no sí no

Motivo por el que agregar una cobertura o un dependiente

matrimonio	pérdida de otra cobertura grupal*	inscripción abierta*	Fecha del evento
nacimiento/adopción	orden judicial (adjunte una copia)	cambio en la posición de trabajo	
inscripción anual (si está disponible)		otro _____	

*En caso de pérdida de otra cobertura grupal y de inscripción abierta, deberá completar lo siguiente:

Nombre de la aseguradora dental anterior	Fecha de finalización de la cobertura
Nombre de la aseguradora de vida anterior	Fecha de finalización de la cobertura
Nombre de la aseguradora de cuidado de la vista anterior	Fecha de finalización de la cobertura

Motivo de la cancelación de una cobertura o un dependiente

divorcio límite de edad seguro individual disolución de pareja doméstica
cobertura grupal del cónyuge, pareja doméstica registrada con el estado o pareja doméstica no registrada.
otro _____

Fecha de solicitud/no elegibilidad

Designación de beneficiarios

Cambio/designación completa de beneficiarios (SP776) si se agrega cobertura de vida o se cambia de beneficiario.

Completar si agrega o cancela a un dependiente (incluya el apellido si es diferente del apellido del empleado)

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Parentesco
		hombre mujer		cónyuge pareja doméstica registrada con el estado pareja doméstica no registrada
		hombre mujer		hijo niño acogido*
		hombre mujer		hijo niño acogido*
		hombre mujer		hijo niño acogido*

* Si marcó niño acogido, ¿se le entregó el niño en calidad de acogido por una agencia de acogimiento familiar autorizada o por orden de una corte?
sí no

Para determinar la elegibilidad de los hijos discapacitados (que superan la edad máxima); diríjase a su empleador para solicitar los formularios necesarios.

La legislación de California prohíbe que las compañías de seguro de salud requieran o usen exámenes de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

Firma del empleado (leer y firmar a continuación)**Comprendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:**

- Mis dependientes no son elegibles para ninguna cobertura para la que yo no esté cubierto.
- Mis dependientes, incluidos hijastros, menores acogidos y aquellos que superasen la edad máxima, son elegibles para la cobertura según las disposiciones de la póliza. Se verificará la elegibilidad de mis dependientes que superasen la edad máxima cuando se presenten reclamaciones.
- Si cancelo la cobertura dental, yo o mis dependientes podremos registrarlos para la misma posteriormente. No obstante, si nos registráramos posteriormente, el nivel de los beneficios dentales será afectado.
- Si cancelo cualquier tipo de cobertura de vida, por discapacidad o enfermedad grave, podría solicitarlas posteriormente; sin embargo, deberé presentar prueba de asegurabilidad, a mi cargo, de que me encuentre en buen estado de salud, y la entrada en vigor de la cobertura estará sujeta a la aprobación por parte de Principal Life Insurance Company.
- Si cancelo la cobertura, no podré bajo ninguna circunstancia inscribirme en la póliza después de jubilarme.
- Si la póliza grupal requiere que haga contribuciones, autorizo a mi empleador a deducirlas de mi sueldo.
- Cualquier declaración falsa en este formulario no impedirá el derecho de recuperación bajo las pólizas grupales, a menos que esa declaración falsa se realice con la intención real de engañar o afecte materialmente, la aceptación del riesgo o el riesgo asumido por Principal Life.

Declaro que la información que he provisto en este formulario de cambio es completa y verdadera. Entiendo que un agente o corredor no puede garantizar cobertura, revisar las tasas, los beneficios o las disposiciones sin la aprobación por escrito de Principal Life.

Su firma

 X

Fecha de la firma _____

Nota: haga dos copias: una para el empleador y otra para el empleado

Deberá completar todas las páginas de este formulario.