

Solicitud de AISD para básico de vida, optativo de vida y discapacidad a corto plazo

Suscrito por *Aetna US Healthcare* (toda pregunta debe contestarse con **tinta**)

Seguro básico de vida \$10,000 (gratis solo para el empleado)
 Discapacidad a corto plazo (seleccione opción abajo)
 Suplementario de vida, cónyuge (seleccione opción abajo)
 Seguro suplementario de vida (seleccione opción abajo)
 Suplementario de vida, dependientes (seleccione opción abajo)

Nombre del empleado _____ No. de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de contratación _____ Ocupación _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Zip _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Beneficiario(s):

1. Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ Al _____ %

2. Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ Al _____ %

<p>Discapacidad a corto plazo:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Máximo Annual</u></th> <th style="text-align: left;"><u>Beneficio máximo</u></th> <th style="text-align: left;"><u>Cuota, 12 meses</u></th> <th style="text-align: left;"><u>Cuota, 9 meses</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> \$ 9,429.00</td> <td>\$550.00*</td> <td>\$1.83</td> <td>\$ 2.44</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> \$12,857.00</td> <td>\$750.00*</td> <td>\$2.49</td> <td>\$ 3.32</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> \$17,143.00</td> <td>\$1000.00*</td> <td>\$3.32</td> <td>\$ 4.43</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> \$ 25,714.00</td> <td>\$1500.00*</td> <td>\$4.95</td> <td>\$ 6.60</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> \$ 34,286.00</td> <td>\$2000.00*</td> <td>\$6.43</td> <td>\$ 8.58</td> </tr> </tbody> </table> <p>*La cantidad no puede ser más de 70% de su ingreso mensual promedio. Los beneficios se pagan después de haber usado todo permiso de ausencia pagada.</p>	<u>Máximo Annual</u>	<u>Beneficio máximo</u>	<u>Cuota, 12 meses</u>	<u>Cuota, 9 meses</u>	<input type="checkbox"/> \$ 9,429.00	\$550.00*	\$1.83	\$ 2.44	<input type="checkbox"/> \$12,857.00	\$750.00*	\$2.49	\$ 3.32	<input type="checkbox"/> \$17,143.00	\$1000.00*	\$3.32	\$ 4.43	<input type="checkbox"/> \$ 25,714.00	\$1500.00*	\$4.95	\$ 6.60	<input type="checkbox"/> \$ 34,286.00	\$2000.00*	\$6.43	\$ 8.58	<p>Suplementario de vida Costo de cobertura: .14 por mil por mes</p> <p> <input type="checkbox"/> Opción 1 (1x salario anual) (1.40 por \$10,000) <input type="checkbox"/> Opción 2 (2x salario anual) <input type="checkbox"/> Opción 3 (3x salario anual) Cant. mínima– \$10,000 <input type="checkbox"/> Opción 4 (4x salario anual) Cant. máxima – \$500,000 <input type="checkbox"/> Opción 5 (5x salario anual) </p> <p>Debe llenarlo AISD Salario anual _____ fecha _____ Verificado por _____</p>
<u>Máximo Annual</u>	<u>Beneficio máximo</u>	<u>Cuota, 12 meses</u>	<u>Cuota, 9 meses</u>																						
<input type="checkbox"/> \$ 9,429.00	\$550.00*	\$1.83	\$ 2.44																						
<input type="checkbox"/> \$12,857.00	\$750.00*	\$2.49	\$ 3.32																						
<input type="checkbox"/> \$17,143.00	\$1000.00*	\$3.32	\$ 4.43																						
<input type="checkbox"/> \$ 25,714.00	\$1500.00*	\$4.95	\$ 6.60																						
<input type="checkbox"/> \$ 34,286.00	\$2000.00*	\$6.43	\$ 8.58																						
<p><input type="checkbox"/> Suplementario de vida cónyuge Costo de cobertura: \$4.10 per \$10,000 incrementos</p> <p>Nombre _____</p> <p>No. de Seguro Social _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <p>Cantidad de cobertura pedida _____</p> <p style="text-align: center;">Máximo –\$250,000 Entrega garantizada – \$50,000</p>	<p><input type="checkbox"/> Suplementario de vida, hijo(s) Costo de cobertura: .90 por póliza de \$10,000 Policy</p> <p>Nombre _____ Fecha de nacimiento _____</p> <p>No. de Seguro Social _____</p> <p>Nombre _____ Fecha de nacimiento _____</p> <p>No. de Seguro Social _____</p> <p>Nombre _____ Fecha de nacimiento _____</p> <p>No. de Seguro Social _____</p> <p>Nombre _____ Fecha de nacimiento _____</p> <p>No. de Seguro Social _____</p>																								

Firma del empleado _____ Fecha _____