



¿Tiene preguntas? Llame al 800-727-3414

Formulario de inscripción

Escriba toda la información con letra de imprenta legible en las secciones de abajo y devuelva el formulario en el sobre postal prepagado adjunto. La cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al pago de una deducción mensual completa, siempre que usted esté en actividad laboral. Se excluye una incapacidad que comience durante los primeros 12 meses de cobertura y se deba a una condición preexistente. Su deducción mensual estará basada en el monto de beneficio que elija.

Información del miembro de la NJEA

Apellido	Nombre	Inic. m.	Fecha nac. (Mes, Día, Año) / /	Número del Seguro Social - -	
Dirección particular - Calle		Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono particular ()	Fecha de empleo (Mes, Día, Año) / /	Salario Anual \$	Ocupación	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre del Distrito Escolar actual	Condado	Nombre de la escuela	Distrito del año pasado	Condado del año pasado	
¿Está empleado al menos 15 horas por semana?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Está trabajando en la fecha de esta inscripción?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Es miembro activo de la NJEA?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si no lo es, llame al 609-599-4561 para recibir información al respecto.	
¿Está regresando de una licencia?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es así, explique:	

Información del plan

El monto del beneficio mensual máximo debe ser en incrementos de \$100, desde \$500 hasta \$6,500 pero sin exceder el 66^{2/3}% de su salario (del Ministerio de Educación o de la NJEA, si es empleado de la NJEA). Si el monto del beneficio mensual que indica a continuación excede su máximo admisible, su monto de beneficio mensual se limitará a su máximo. Tenga en cuenta que el monto del beneficio mensual se puede reducir por otras fuentes de ingreso.

Inscripción nueva Cambio de plan Transferencia de distrito

PruProtect

(cobertura por incapacidad hasta 6 meses) Monto del beneficio mensual: \$ _____

PruProtect Dos Años

(cobertura por incapacidad hasta 2 años) Monto del beneficio mensual: \$ _____

PruProtect Plus

(cobertura por incapacidad hasta los 65 años) Período de eliminación:
 14 Días 30 Días 90 Días 180 Días
Monto del beneficio mensual: \$ _____

Autorización

Me inscribo en la cobertura y autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos hasta nuevo aviso mis contribuciones para el Programa de seguro por incapacidad respaldado por la NJEA. Entiendo que si quisiera incrementar el monto de mi seguro, se me puede solicitar que presente evidencia de buena salud. Se excluye una incapacidad que comience durante los primeros 12 meses de cobertura y se deba a una condición preexistente.*

Residentes de Nueva York: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanciones civiles que no excederán el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo. Esta notificación SOLO corresponde a la cobertura de ingreso por incapacidad.

He leído y entiendo los términos y requisitos de las advertencias sobre fraude incluidas como parte de este formulario.

X

Firma del miembro de la NJEA

Fecha (Mes, Día, Año)

Para uso exclusivo de la compañía

ID del distrito escolar	Reunión en la escuela (Mes/Día/Año) / /	Fecha de vigencia(Mes/Día/Año.) / /	Deducción mensual inicial \$	Número del representante
-------------------------	--	--	---------------------------------	--------------------------

Notificación importante

Para los residentes de todos los estados excepto Alabama, Arkansas, el Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Utah, Vermont, Virginia y Washington; ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o a sabiendas de que está facilitando la comisión de un fraude, proporcione datos o información incompletos, falsos, fraudulentos, engañosos o erróneos al presentar una solicitud de seguro o una reclamación por el pago de una pérdida o beneficio comete un acto fraudulento contra el seguro, es o puede ser culpable de un delito y puede ser procesada y castigada según las leyes del estado. Las penalidades pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello.

Residentes de Nueva Jersey: Cualquier persona que incluye información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

Residentes de Pensilvania: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro lo que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles y penales.

¿Tiene preguntas? Llame al 800-727-3414

Servicios de inscripción proporcionados por Educators Insurance Services, Inc., 4000 Rte. 66, Suite 144, Tinton Falls, NJ 07753.

* Una condición preexistente es una lesión o enfermedad por la que recibió tratamiento médico, asesoramiento, medidas de diagnóstico, fármacos o medicamentos recetados o por la cual siguió recomendaciones de tratamiento durante los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Esta póliza proporciona únicamente seguro de ingresos por incapacidad. NO proporciona seguro hospitalario básico, seguro médico básico ni seguro médico mayor tal como lo define el Departamento de Servicios Financieros de Nueva York.

Las coberturas de seguro por incapacidad a corto y largo plazo PruProtect Seis Meses, PruProtect Dos Años y PruProtect Plus son emitidas por The Prudential Insurance Company of America, una compañía de Prudential Financial, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. Consulte el cuadernillo-certificado para obtener todos los detalles del plan, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones que correspondan. En caso de discrepancia entre este documento y el contrato grupal emitido por Prudential, regirán los términos del contrato grupal. Las disposiciones del contrato pueden variar de un estado a otro. Serie contractual: 83500.

© 2015 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

Las futuras comunicaciones escritas de The Prudential Insurance Company of America, incluidos los acuerdos contractuales y la información sobre mantenimiento de pólizas, serán en inglés. Los materiales adicionales también pueden estar en inglés.