



PROGRAMA DE PROTECCIÓN DE INGRESOS NJEA

Seguro de ingreso por incapacidad y seguro por enfermedad crítica

Formulario de inscripción

Emitidos por The Prudential Insurance Company of America

¿Tiene preguntas? Llame al 800-727-3414, Opción 3 Fax: 732-918-2001

- * Queda excluida una **incapacidad** que comienza durante los primeros 12 meses de cobertura y se debe a una condición preexistente.
- * Queda excluida una **enfermedad crítica** que comienza durante los primeros 6 meses de cobertura y se debe a una condición preexistente.

Complete todo el formulario con letra clara y envíelo por correo postal, fax o correo electrónico a info@educators-insurance.com

Información del miembro de la NJEA

La cobertura comenzará el primer día del mes posterior a la cobranza de una deducción mensual completa de la nómina, siempre que esté en actividad laboral. Su deducción mensual se basará en el monto del beneficio que elija.

Apellido		Nombre		IM	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /		Número del Seguro Social - -	
Dirección calle y número				Ciudad			Estado	Código postal
Teléfono particular ()		Fecha de empleo (mm/dd/aaaa) / /		Salario anual		Ocupación		Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femenino
Correo electrónico								
Nombre del distrito escolar actual		Condado		Nombre de la escuela		Distrito del año pasado		Condado del año pasado
¿Es usted miembro activo de la NJEA empleado al menos 15 horas por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, llame al 609-599-4561 para recibir información sobre la membresía.								
¿Está en actividad laboral en la fecha de esta inscripción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
¿Está regresando de una licencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, explique:								
¿Todas las personas que se inscriben en la cobertura por enfermedad crítica tienen al menos un seguro médico mayor, conocido también como "cobertura esencial mínima"?								
Empleado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cónyuge <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hijos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción por incapacidad <input type="checkbox"/> Nueva inscripción por enfermedad crítica <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Transferencia de distrito								

Seguro de ingreso por incapacidad

El monto máximo del beneficio mensual debe ser en incrementos de \$100, desde \$500 hasta \$6,500, pero no más del 66% de su salario. Si el monto del beneficio mensual que indica a continuación excede su máximo permitido, el monto de su beneficio mensual se limitará a su máximo. Tenga en cuenta que el monto del beneficio mensual puede reducirse por otras fuentes.

<input type="checkbox"/> PruProtect (cobertura por incapacidad de hasta 6 meses) Período de eliminación: <input type="checkbox"/> 14 días <input type="checkbox"/> 60 días Monto del beneficio mensual: \$ _____	<input type="checkbox"/> PruProtect Two-Year (cobertura por incapacidad de hasta 2 años) Período de eliminación: <input type="checkbox"/> 14 días <input type="checkbox"/> 60 días Monto del beneficio mensual: \$ _____	<input type="checkbox"/> PruProtect Plus (cobertura por incapacidad hasta los 65 años de edad) Período de eliminación: <input type="checkbox"/> 14 días <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> 180 días Monto del beneficio mensual: \$ _____
--	--	---

Seguro por enfermedad crítica

Empleado: Monto del empleado: \$ _____ Cónyuge: Monto del cónyuge: \$ _____ Hijos: Monto de los hijos: \$ _____

Autorización

Me inscribo para obtener cobertura y autorizo a mi empleador a descontar de mis ingresos hasta nuevo aviso las contribuciones para el seguro conforme a un contrato emitido por The Prudential Insurance Company of America. Entiendo que si deseo aumentar el monto de mi seguro o el seguro de mis dependientes, es posible que se me pida que presente evidencia de buena salud para mí y/o mis dependientes. Declaro que la información anterior es verdadera y entiendo que es la base para determinar mi aporte mensual para la cobertura. He recibido y revisado la descripción de la cobertura por enfermedad crítica antes de efectuar mis elecciones de inscripción.

Residentes de Nueva York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u 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 \$5,000 y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo. **Esta nota se aplica ÚNICAMENTE a la cobertura de ingresos por accidentes, salud e incapacidad.**

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

Firma del miembro de la NJEA

_____/_____/_____
Fecha (mm/dd/aaaa)

El certificado grupal proporciona beneficios limitados. Revise su certificado grupal con cuidado.

Para uso exclusivo de la compañía:

N.º de ID del distrito escolar	Fecha de la reunión en la escuela / /	Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa) / /	Deducción mensual inicial \$	Número de representante
--------------------------------	--	--	---------------------------------	-------------------------

*Una condición preexistente es una lesión o enfermedad por la que recibió tratamiento médico, asesoramiento, medidas de diagnóstico, fármacos o medicamentos recetados o siguió las recomendaciones de tratamiento durante los tres meses previos a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura por incapacidad o durante los seis meses previos a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura por enfermedad crítica.

Avisos importantes

Para los residentes de todos los estados excepto Alabama, Arkansas, Carolina del Norte, el Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Luisiana, 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 dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se la puede procesar y castigar conforme a la ley del estado. Las penas 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 incluya 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 u 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 causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

NOTIFICACIÓN AL CONSUMIDOR: ESTE ES UN COMPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO UN SUSTITUTO DE UNA COBERTURA MÉDICA MAYOR. LA FALTA DE COBERTURA MÉDICA MAYOR (U OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PUEDE DAR COMO RESULTADO UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS. ADEMÁS, LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTA PÓLIZA NO PUEDEN COORDINARSE CON LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR OTRA COBERTURA. REVISE CUIDADOSAMENTE LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTA PÓLIZA PARA EVITAR LA DUPLICACIÓN DE LA COBERTURA.

Las coberturas por incapacidad a corto y largo plazo PruProtect Six-Month, PruProtect Two-Year y PruProtect Plus son emitidas por The Prudential Insurance Company of America, una compañía de Nueva Jersey, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. Consulte el cuadernillo-certificado, que forma parte del contrato grupal, para obtener todos los detalles del plan, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones que correspondan. Las disposiciones del contrato pueden variar de un estado a otro. Serie contractual: 83500 (seguro de vida temporal), California COA# 1179, NAIC# 68241

La cobertura del seguro grupal por enfermedad crítica es una póliza de beneficio limitado emitida por The Prudential Insurance Company of America, una compañía de Prudential Financial, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. El seguro por enfermedad crítica de Prudential no es un sustituto de la cobertura médica que proporciona beneficios por tratamientos médicos, incluidos gastos de hospital, quirúrgicos y médicos, y no proporciona reembolsos por este tipo de gastos. El cuadernillo-certificado contiene todos los detalles del plan, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza que correspondan. En caso de discrepancia entre este documento y el cuadernillo-certificado/contrato grupal emitido por The Prudential Insurance Company of America, regirá el contrato grupal. La Descripción de cobertura, entregada en el momento de la inscripción, contiene una descripción más detallada de los beneficios, limitaciones y exclusiones correspondientes. Comuníquese con Prudential para obtener más información. Las disposiciones del contrato pueden variar de un estado a otro. California COA #1179, NAIC #68241. Serie contractual: 114774.

© 2020 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.