



Prudential

PROGRAMA DE PROTECCIÓN+ DE INGRESOS DE LA NJEA

Planes de seguro por incapacidad, indemnización hospitalaria y 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

Correo postal: Escriba con claridad toda la información de las secciones que siguen y devuelva en el sobre con franqueo prepagado adjunto.

Fax: Asegúrese de enviar por fax el frente y el reverso del formulario.

* Queda excluida una reclamación por **incapacidad o indemnización hospitalaria** 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.

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 (Mes/Día/Año) / /		Número del Seguro Social - -	
Dirección particular - Calle y número				Ciudad			Estado	Código postal
Número de teléfono ()		Fecha en que fue empleado (Mes/Día/Año) / /		Salario anual		Ocupación		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
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:								
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción por incapacidad <input type="checkbox"/> Nueva inscripción por enfermedad crítica <input type="checkbox"/> Nueva inscripción por indemnización hospitalaria <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Transferencia de distrito								

Plan de seguro por incapacidad

El monto máximo del beneficio mensual debe ser en incrementos de \$100, desde \$500 hasta \$7,500, pero no más del 66 2/3% 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: \$ _____
---	---	--

Plan de seguro de indemnización hospitalaria

Empleado: Mejorada Estándar Cónyuge: Mejorada Estándar Hijos: Mejorada Estándar

Plan de 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 cinco mil dólares 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 de la firma (Mes/Día/Año)

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 (Mes/Día/Año) / /	Fecha de entrada en vigencia (Mes/Día/Año) / /	Deducción mensual inicial \$	Número del representante
--------------------------------	--	---	---------------------------------	--------------------------

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.

Esta cobertura no es una cobertura de seguro de salud (normalmente llamada "cobertura médica mayor").

*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 3 meses previos a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura por incapacidad, durante los 6 meses previos a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura por enfermedad crítica o durante los 12 meses previos a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de indemnización hospitalaria (HIP). Además, la cobertura HIP excluye cualquier condición por la que una persona prudente habría solicitado tratamiento durante los 12 meses del período preexistente.

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 cuademillo-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. Series contractuales: 83500 (seguro de vida temporal), California COA# 1179, NAIC# 68241

La cobertura del seguro de **indemnización hospitalaria** es una póliza de beneficio limitado emitida por The Prudential Insurance Company of America, una compañía de Prudential Financial, Newark, NJ. **El seguro de indemnización hospitalaria 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 cuademillo-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 cuademillo-certificado/contrato grupal emitido por The Prudential Insurance Company of America, regirá el contrato grupal. Comuníquese con Prudential para obtener más información. Las disposiciones del contrato pueden variar de un estado a otro. Serie contractual: 83500.

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 cuademillo-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 cuademillo-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. Serie contractual: 114774. California COA #1179, NAIC #68241.

© 2025 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.