



## **Formulario de Registro y Renuncia para Empleados – AZ**

AVISO: Llene solamente las secciones que le correspondan. El "ejemplar" en inglés se ofrece solamente para comparar los idiomas.

La versión en español de este documento es provista por Principal Life Insurance Company como una cortesía. Las estipulaciones fidedignas de los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones se detallan en la versión original del documento expedida en inglés e incorporada a este tratado. Si surgiera alguna discrepancia entre los dos idiomas, regirá la versión en inglés de este documento.

Si necesita asistencia, llame al 1-800-243-1404 entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m., hora central, de lunes a viernes.

## **Employee Enrollment and Waiver – AZ**

PLEASE NOTE: Fill out the sections that pertain to you. The "sample" in English is offered only for comparison of the languages.

The Spanish version of this document is provided by Principal Life Insurance Company as a courtesy. The actual document setting forth all legal rights, responsibilities and/or obligations is in English and is incorporated herein and made a part hereof. If any discrepancy between the two languages occurs, the English version of this document shall control.

**Principal Life Insurance Company**  
Mailing Address: Des Moines, IA 50392-0002

Company name \_\_\_\_\_ Division level \_\_\_\_\_ Account number/unit number \_\_\_\_\_

**Employee Information**

Your name (last) \_\_\_\_\_ (first) \_\_\_\_\_ (mi) \_\_\_\_\_ Social security number \_\_\_\_\_

Mailing address (street) \_\_\_\_\_ Birth date (month/day/year) \_\_\_\_\_  male  
 female

(city) \_\_\_\_\_ (state) \_\_\_\_\_ (ZIP code) \_\_\_\_\_ Do you have an eligible spouse or child?  
 yes  no

Date employed full-time (month/day/year) \_\_\_\_\_ Hrs worked per week \_\_\_\_\_ Job occupation/class \_\_\_\_\_ Location \_\_\_\_\_

Salary amount \_\_\_\_\_ Salary mode  yr  wk  hr  mo  bi-wkly  mthly  bi-mnthly  wkly  bi-wkly

Employer ZIP \_\_\_\_\_ Employer county \_\_\_\_\_

**Benefit Options** (You can only elect those coverages offered by your employer.)

Coverage	Employee	Spouse	Children
Medical	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline
	Medical options: _____ (e.g., deductibles, PPO, etc.)		
Dental	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline
	In the past twelve months, have you, the applicant, had continuous group orthodontia coverage (for yourself and/or your dependents) with a prior carrier? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		
Vision	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline
Short Term Disability (STD)	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	If STD Buy-up option is available, check one: <input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	
Long Term Disability (LTD)	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	If LTD Buy-up option is available, check one: <input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	
Group Term Life	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input checked="" type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline
Supplemental Term Life	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	\$ _____ or X annual salary	
Voluntary Term Life (VTL)	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline	<input type="checkbox"/> elect <input type="checkbox"/> decline
	\$ _____ or X annual salary \$ _____ \$ _____		
	<input type="checkbox"/> VTL only <input type="checkbox"/> VTL with AD&D	<input type="checkbox"/> VTL only <input type="checkbox"/> VTL with AD&D	
Have you used nicotine products in the past 12 months?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		
Has your spouse used nicotine products in the past 12 months?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		
<b>Important!</b> If declining any coverage for yourself or any dependent, give reason. Covered under:			
<input type="checkbox"/> spouse's group coverage <input type="checkbox"/> individual insurance <input type="checkbox"/> other coverage offered by my employer			
<input type="checkbox"/> other _____			

**Beneficiary Designation** (Complete if life coverages are elected.)

Full name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

If two or more beneficiaries are named, proceeds shall be paid in equal shares to the surviving beneficiaries, unless specified otherwise. If no beneficiary has been named, any proceeds will be payable as provided by the group policy.

**Important** – Complete Page 4 and Page 5.

**Eligible Dependent Information** (Complete if you have elected benefits for your spouse and/or children.)

Spouse's name		Birth date	<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	Social security number
Name(s) of child(ren)	Birth date		<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	Social security number
			<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	<input type="checkbox"/> foster child* <input type="checkbox"/> disabled or handicapped child**
			<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	<input type="checkbox"/> foster child* <input type="checkbox"/> disabled or handicapped child**
			<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	<input type="checkbox"/> foster child* <input type="checkbox"/> disabled or handicapped child**

\*If you checked foster child, do you provide principal support and does the child(ren) live with you at least 50% of the time?  
 yes       no

\*\*When your child, who is developmentally disabled or physically handicapped, reaches/exceeds the maximum age, an Application to Continue Handicapped Child form must be completed and reviewed to determine eligibility.

**Employee Signature** (Read and sign below.)

I understand and agree with the following statements:

- My dependents are not eligible for coverages I don't have. My dependents, including step and foster children and any over the maximum age, are eligible based on plan provisions but those over the maximum age will be verified when a claim is filed. I have read and understand the Preexisting Condition Exclusion and the Special Enrollment Rights and know if I refuse medical coverage, I and/or my dependents must wait for the next open enrollment unless I become eligible during a Special Enrollment. If I refuse dental coverage, I and/or my dependents may enroll later but this will affect the level of benefits. If I refuse life and/or disability coverage, I may apply later but I must show proof of good health and coverage will be subject to approval by Principal Life Insurance Company. If I refuse coverage, I cannot enroll after retirement.
- If the group policy does not require my contribution, I cannot decline any coverage unless the policy indicates otherwise.
- If the group policy requires my contribution, I authorize my employer to deduct from my pay.
- I represent all information on this form and attachments is complete and true to the best of my knowledge. They are part of this request for coverage. I agree Principal Life is not liable for a claim before the effective date of coverage and all policy provisions apply. I have read, or had read to me, the information and my answers on this form. During the first two years coverage is in force, false statements, omissions and/or material misrepresentations can cause changes in my coverage, including cancellation back to the effective dates. Any person who, with intent to defraud or knowingly is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim with false or deceptive statements, may be guilty of insurance fraud.
- I authorize Principal Life to release data as required by law. When signed in connection with any application for, reinstatement of, or request for change in benefits, from the date shown below, this form shall be valid for two years for all information except Human Immunodeficiency Virus (HIV) information for which the form shall be valid for 180 days. I may revoke authorization for information not yet obtained. I understand data obtained will be used by Principal Life for claims administration and determining eligibility for life and disability coverage. Information will not be used for any purposes prohibited by law.
- Explanation of Benefits reflecting claim payments for myself and/or my dependents will be sent to my home address. I also understand collection of social security numbers for myself and/or my dependents will be used by Principal Life only as allowed by law.

A copy of this form will be as valid as the original.

**I declare** that the information I have completed on this enrollment form is complete and true. I understand an agent or broker cannot guarantee coverage, revise rates, benefits, or provisions without written approval from Principal Life.

Your signature XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Date signed XXXXXXXXXXXX

**Instructions**

After this form is completed and signed, make two copies and send the original to Principal Life Insurance Company:

- Employer – copy of Page 4 only
- Employee – copy of Page 4 and Page 5

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Nivel de división \_\_\_\_\_ Account number/unit number \_\_\_\_\_

**Información Referente al Empleado (Employee Information)**

Su Nombre (apellido) \_\_\_\_\_ (primer nombre) \_\_\_\_\_ (inicial) \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Soc. \_\_\_\_\_

Dirección postal (calle) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_ hombre  
mujer

(ciudad) \_\_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_\_ (Código Postal) \_\_\_\_\_ ¿Tiene cónyuge o hijos que califiquen para la cobertura?  
sí no

Fecha de contratación a tiempo completo (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Horas de trabajo por semana \_\_\_\_\_ Tipo de ocupación/trabajo \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Monto del sueldo \_\_\_\_\_ Modalidad de sueldo \_\_\_\_\_ Indique la modalidad de su sueldo: \_\_\_\_\_  
anual sem. hr mensual cada 2 sem. mensual quincenal semanal cada 2 sem.

Cód. postal de la empresa \_\_\_\_\_ Condado de la empresa \_\_\_\_\_

**Opciones de Beneficios (Benefit Options) (Ud. Únicamente podrá elegir la cobertura que su empresa ofrece.)**

Cobertura	Empleado		Cónyuge		Hijos	
Médica	elijo	rechazo	elijo	rechazo	elijo	rechazo
	Opciones para cobertura médica: _____				(Ejemplo: deducibles, PPO, etc.)	
Dental	elijo	rechazo	elijo	rechazo	elijo	rechazo
	¿Ha tenido usted, el solicitante, en los últimos 12 meses, cobertura de ortodoncia de grupo continua (para usted y/o para sus dependientes) con un asegurador anterior?				Sí	no
Visión	elijo	rechazo	elijo	rechazo	elijo	rechazo
Incap. Corto Plazo (STD)	elijo	rechazo				
	Si eligiera STD, la opción <i>Buy-up</i> está disponible. Marque la casilla correspondiente:		elijo	rechazo		
Incap. Largo Plazo (LTD)	elijo	rechazo				
	Si eligiera LTD, la opción <i>Buy-up</i> está disponible. Marque la casilla correspondiente:		elijo	rechazo		
Seg. Vida Col. Térm. Fijo (Group Term Life)	elijo	rechazo	elijo	rechazo	elijo	rechazo
Seg. Vida Comp. Térm. Fijo (Supplemental Term Life)	elijo	rechazo				
	\$ _____	o _____	X sueldo anual			
Plan Vol. Seg. Vida Térm. Fijo (VTL) (Voluntary Term Life)	elijo	rechazo	elijo	rechazo	elijo	rechazo
	\$ _____	o _____	X sueldo anual \$ _____		\$ _____	
	solo VTL	VTL con AD&D	solo VTL	VTL con AD&D		
Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido Ud. Algún producto de nicotina?			sí	no		
Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido su cónyuge algún producto de nicotina?			sí	no		
<b>¡Importante!</b>	Si rechazara alguna cobertura para Ud. O para cualquier dependiente, indique el porqué. Cubierto(a) bajo:					
	Cobertura colectiva para cónyuge		Seguro individual		Otra cobertura ofrecida por su empresa	
	Otra _____					

**Designación de Beneficiario (Beneficiary Designation) (Llénesse si se elige cobertura de seguro de vida.)**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Si nombrara múltiples beneficiarios, los réditos serán distribuidos en partes iguales entre aquéllos que sobrevivan, a menos que Ud. especificara lo contrario. Si ningún beneficiario fuese nombrado, los réditos serán adjudicados a tenor de las estipulaciones acordadas en la póliza colectiva.

**Importante** – Complete las páginas 4 y 5.

**Información referente a los dependientes que califiquen (Eligible Dependent Information)** (Léase si ha elegido beneficios para su cónyuge y/o hijos.)

Nombre del cónyuge:	Fecha de nac.	hombre mujer	Núm. Seg. Soc.
Nombre(s) del/de los hijo(s):	Fecha de nac.	hombre mujer	niño patrocinado* niño discapacitado o deficiente**
		hombre mujer	niño patrocinado* niño discapacitado o deficiente**
		hombre mujer	niño patrocinado* niño discapacitado o deficiente**

\*Si marcara la casilla para niño patrocinado (*foster child*), ¿le proporciona Ud. su manutención principal y vive(n) dicho(s) niño(s) con Ud. por periodos de por lo menos el 50% del tiempo?                      si                      no

\*\*Cuando su hijo, que es discapacitado desde el punto de vista del desarrollo o deficiente psíquico, alcanza/excede la edad máxima, debe completarse y revisarse un formulario de Solicitud de Continuidad de Hijo Deficiente para determinar la elegibilidad.

**Firma del empleado (Employee Signature)** (Lea esta sección y firme en el espacio correspondiente).

Entiendo y acepto que:

- Mis dependientes no calificarán para cobertura alguna, a menos que yo esté cubierto bajo la misma. Mis dependientes, entre los cuales figuran los hijastros, niños patrocinados (*foster children*) y los que sean mayores de la edad máxima para la cobertura, calificarán para la misma a tenor de las disposiciones acordadas en el plan. No obstante, la edad de aquéllos que sean mayores de dicha edad máxima será verificada al momento de presentarse una reclamación. He leído y entiendo la Exclusión por Condición Preexistente y el Derecho al Registro Especial, y acepto y reconozco que si rechazara la cobertura médica, yo y/o mis dependientes tendremos que esperar hasta el próximo período de registro abierto para volver a solicitar esta cobertura, a menos que calificáramos para la misma bajo la disposición de Registro Especial. Si rechazara la cobertura dental, yo y/o mis dependientes podremos registrarnos para la misma posteriormente. No obstante, si nos registráramos posteriormente, el nivel de los beneficios dentales conferidos será afectado. Si rechazara el seguro de vida y/o el seguro por incapacidad, yo podré solicitarlos posteriormente. No obstante, si los solicitara posteriormente, tendré que presentar prueba de que me encuentro en buen estado de salud, y la emisión de la cobertura estará sujeta a la aprobación por parte de Principal Life Insurance Company. Si rechazara la cobertura, no podré registrarme para la misma después de jubilarme.
- Si la póliza colectiva no requiere que yo contribuya hacia la prima, no podré rechazar ninguna cobertura salvo que la póliza indique otra cosa.
- Si la póliza colectiva requiriese que yo contribuya hacia la prima, autorizo a mi empresa a descontar la cantidad correspondiente contra mi cheque de pago.
- Hago constar que toda la información manifestada en este formulario, así como en cualquier otro documento agregado al mismo, es completa, verídica, y basada en mi mejor saber y entender. Dicha información pasará a formar parte de esta solicitud para cobertura de seguro. Acepto y reconozco que Principal Life no se responsabilizará por las reclamaciones presentadas por concepto de eventos ocurridos antes de la fecha de efectividad de la cobertura, y que la cobertura se registrará por todas las disposiciones acordadas en la póliza. He leído, o se me han leído, los datos y las respuestas manifestadas por mí en este formulario. Durante los primeros dos años, contados a partir de la fecha de efectividad de los contratos de seguro, la cobertura conferida bajo los mismos podrá ser afectada, incluso la cancelación de la misma a partir de la fecha de efectividad, por concepto de declaraciones falsas, omisiones y/o tergiversaciones materiales. Cualquier persona que remita una solicitud para seguro o una reclamación con información falsa o dolosa podrá ser considerada culpable de haber cometido fraude contra la industria de seguros, si dichos documentos fuesen remitidos deliberadamente con la intención de defraudar o con la finalidad de facilitar fraude contra una compañía de seguros.
- Le extiendo a Principal Life autorización para la divulgación de aquellos datos cuya divulgación fuese requerida bajo la ley imperante. Si esta autorización fuera firmada como parte de una solicitud para seguro, para la reinstalación de un contrato de seguro o para cambiar los beneficios conferidos bajo un contrato de seguro, la misma será válida por un período de dos años para toda la información excepto la referente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en cuyo caso, la autorización será válida por 180 días. Entiendo que yo podré revocar la autorización para la divulgación de información que no haya sido recopilada. Entiendo que los datos recopilados serán utilizados por Principal Life para tramitar reclamaciones y determinar si los asegurados propuestos califican para el seguro de vida y el seguro por incapacidad. La información no será usada para ningún propósito que fuera prohibido por ley.
- La aclaración de los Beneficios que se deriva de la reclamación de pagos para mí y/o para mis dependientes se enviará a la dirección de mi domicilio. También entiendo que el conjunto de números de Seguro Social que se ha obtenido de mí y/o de mis dependientes será usado por Principal Life sólo en la medida en que esté permitido por la ley.

Una copia de este formulario será considerada tan válida como el documento original.

**Hago constar** que la información que yo he manifestado en este formulario de registro es completa y verídica. Entiendo que ningún agente ni corredor podrá garantizar la emisión de la cobertura solicitada, ni ajustar las tarifas de las primas, beneficios o disposiciones sin la aprobación escrita de Principal Life.

Su firma                      **X**                      Fecha de la firma \_\_\_\_\_

**Instrucciones (Instructions)**

Después de llenar y firmar el presente formulario, haga dos copias y envíe el original a Principal Life Insurance Company:

- Empresa – copia de la página 4 únicamente
- Empleado – copia de las páginas 4 y 5

A tenor de los Reglamentos Federales, se requiere que el empleado reciba las siguientes notificaciones por concepto de la cobertura médica ofrecida en el estado de Arizona.

#### **Exclusión por Condición Preexistente (*Preexisting Condition Exclusion*)**

La Exclusión por Condición Preexistente aplica a toda persona cubierta en la fecha de emisión de la póliza emitida a un grupo nuevo cuya cobertura previa haya estado vigente por un período de 12 meses o menor. También aplicará a la cobertura de los solicitantes rezagados (*late enrollees*).

Una condición preexistente es aquella que existiera antes de la fecha de registrarse para un plan médico nuevo. La exclusión por condición preexistente aplicará a la cobertura, si Ud. o sus dependientes hubiesen recibido o se les hubiese recomendado someterse a: asesoramiento, procedimientos diagnósticos, atención o tratamientos médicos por concepto de una condición (física o mental) durante los últimos seis meses. El período correspondiente a la exclusión por concepto de condición preexistente será de 12 meses, y ningún beneficio será adjudicado por concepto de cualquier tratamiento o servicio dispensado durante dicho período.

Los solicitantes rezagados tendrán que esperar hasta el próximo período anual de registro abierto para registrarse, y el período de exclusión por condición preexistente comenzará en la fecha en que se registren. La exclusión por condición preexistente no aplicará a la cobertura de los recién nacidos ni a la de los hijos menores de los 18 años de edad que hayan sido adoptados o puestos bajo trámites de adopción, siempre y cuando la cobertura para los mismos fuera solicitada dentro de 31 días, contados a partir de la fecha de su nacimiento, adopción o inicio de los trámites de adopción. Los embarazos no serán considerados como condiciones preexistentes.

El período correspondiente a la exclusión por condición preexistente podrá ser reducido por el número de días en que Ud. y/o sus dependientes estuvieran cubiertos bajo un plan médico anterior. Ud. y/o sus dependientes tienen el derecho de documentar su cobertura previa remitiendo un certificado de cobertura expedido por la compañía aseguradora que haya emitido dicho plan médico previo. Si fuera necesario, Principal Life le ayudará a obtener dicho certificado. Después de determinar la cantidad de cobertura previa acreditable, se le notificará el período correspondiente a la exclusión por condición preexistente que será aplicado a su cobertura y/o a la de sus dependientes.

#### **Derecho de Registro Especial (*Special Enrollment Rights*)**

Si Ud. y/o sus dependientes rechazaran la cobertura por concepto de estar cubiertos bajo otro seguro médico, ustedes podrán registrarse para esta cobertura dentro de 31 días, contados a partir de la fecha de haber perdido la otra cobertura. Pérdida de cobertura abarca lo siguiente:

- terminación de la continuación de la cobertura conferida bajo COBRA o bajo las leyes estatales
- reducción en las horas de trabajo o terminación de empleo
- terminación de las contribuciones efectuadas por la empresa
- muerte, divorcio o separación legal

Si Ud. y/o sus dependientes rechazaran la cobertura, ustedes podrán registrarse dentro de 31 días, contados a partir de la fecha en que la estructura de su familia cambiara. Esto abarcará:

- un enlace matrimonial
- el nacimiento de un hijo
- la adopción o inicio de trámites para adopción

Si Ud. y/o sus dependientes no se registraran dentro de dichos 31 días, ustedes serán considerados como solicitantes rezagados y estarán sujetos a las disposiciones correspondientes a la Exclusión por Condición Preexistente.

Si actualmente se encontrara registrado para la cobertura y sus dependientes la rechazaran, su cónyuge y/o sus hijos dependientes podrán registrarse para la misma si fuese solicitada dentro de 31 días, contados a partir de la fecha en que la cobertura médica (y dental, si fuese aplicable) fuese decretada por una orden judicial o administrativa.

*Favor de guardar esta notificación con sus documentos importantes.*