

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO ENROLLMENT/CHANGE FORM

Fecha de Efectividad/
Effective Date:

USAR LETRA DE IMPRENTA/PLEASE PRINT

No de Grupo/Group No. _____

☐ PALIC-PR	☐ PALIC ELITE	☐ Dental	☐ Otro/Other: _____
☐ Nueva Inscripción/New Enrollment	☐ Inscripción Tardía/Late Enrollment	☐ Cambio/Change	☐ Reinstalación/Reinstatement
☐ Terminación/Termination			

INFORMACIÓN SOBRE UD./INFORMATION ABOUT YOURSELF

Apellido/Last Name		Primer Nombre/First Name		Inicial 2do/MI	Sexo/Sex	Numero de Seguro Social/SSN
Fecha de Nacimiento/Date of Birth ____ MM/ ____ DD/ ____ Año/Year		Estado Civil/Marital Status ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a Married Single Divorced		Tel. Residencial/Home Phone		Tel. Trabajo/Work Phone
Dirección Postal/Address			Ciudad/City		Estado/State	Código Postal Zip/Zip Code

COBERTURA SOLICITADA/ COVERAGE REQUESTED

☐ Ninguna/None* ☐ Individuo/Member Only ☐ Pareja/Couple ☐ Individuo e Hijos/Member & Children ☐ Individuo y Familia/Member & Family

*Si renuncia a cobertura médica para sí o sus dependientes, favor de firmar la Sección de Renuncia/If waiving Medical coverage on yourself or your dependents, please sign Waiver Section.

PERSONA A SER CUBIERTA/DEPENDENT(S) TO BE COVERED

Cónyuge/Pareja Doméstica a ser incluida en cobertura/Spouse/Domestic Partner to be covered.

Se requiere Prueba de Dependencia si Ud. está cubriendo a una Pareja Doméstica y/o niños de su Pareja Doméstica. Favor de ver a su Representante de Beneficios para obtener guías y formularios que deben leerse y firmarse antes que comience la cobertura de sus dependientes.

Proof of Dependency is required if you are covering a Domestic Partner and/or children of your Domestic Partner. Please see your Benefits representative for guidelines and forms. Guidelines and forms must be read and signed before coverage on your dependents will begin.

Apellido/Last Name	Primer Nombre/First Name	MI	Sexo/Sex	Fecha de Nacimiento/Date of Birth ____ MM/ ____ DD/ ____ Año/Year	Numero de Seguro Social/SSN - -
¿Cónyuge o pareja doméstica tiene otro seguro? Does spouse/domestic partner have other insurance? ☐ Si/Yes ☐ No	Nombre de Asegurador/a/Carrier Name	Número de Póliza/Policy Number	Tipo de seguro (médico, dental, etc.) Type of Insurance (medical, dental, etc.)		Fecha de Terminación/Termination Date ____ MM/ ____ DD/ ____ Año/Year

Hijo/s Dependiente/s a ser incluidos en cobertura. Prueba de la relación del dependiente podrá ser requerida/ Dependent Child(ren) to be covered. Proof of dependency may be requested.

Apellido/Last Name	Primer Nombre/First Name	Inicial 2do/MI	Sexo/Sex	Fecha de Nacimiento/Date of Birth ____ MM/ ____ DD/ ____ Año/Year	Numero de Seguro Social/SSN - -	Parentesco/Relationship
Apellido/Last Name	Primer Nombre/First Name	Inicial 2do/MI	Sexo/Sex	Fecha de Nacimiento/Date of Birth ____ MM/ ____ DD/ ____ Año/Year	Numero de Seguro Social/SSN - -	Parentesco/Relationship
Apellido/Last Name	Primer Nombre/First Name	Inicial 2do/MI	Sexo/Sex	Fecha de Nacimiento/Date of Birth ____ MM/ ____ DD/ ____ Año/Year	Numero de Seguro Social/SSN - -	Parentesco/Relationship
Apellido/Last Name	Primer Nombre/First Name	Inicial 2do/MI	Sexo/Sex	Fecha de Nacimiento/Date of Birth ____ MM/ ____ DD/ ____ Año/Year	Numero de Seguro Social/SSN - -	Parentesco/Relationship

Favor explicar si cualquiera de los hijos listados no es su hijo legítimo, reconocido o por adopción legal, o incapacitado/Please explain if any child listed above is not your natural child, legally adopted child or disabled:



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO
ENROLLMENT/ CHANGE FORM
No de Grupo/Group No. _____

Nombre de Miembro/Member Name: _____

INFORMACIÓN DEL PATROCINADOR DEL PLAN/PLAN SPONSOR INFORMATION

Firma del Patrono Autorizado/Signature of the Authorized Employer	Fecha de Empleo a Tiempo Completo/Date of Full Time employment ____ MM/____ / ____ Año/Year	Horas trabajadas por semana/Hours worked per week _____	Salario Anual/Annual Salary \$ _____
Estado Actual/Current Status:			
☐ Activo/Tiempo Completo Active/Full Time	☐ Tiempo Parcial Part time	☐ Jubilado Retired	☐ Incapacidad Disability
☐ COBRA	☐ Continuation Continuation	☐ Ausencia Leave	☐ Otra _____ Other

AUTORIZACIÓN Y FIRMA/AUTHORIZATION AND SIGNATURE

Por la presente declaro que soy Miembro del indicado Patrocinador del Plan y que trabajo en o desde el local de empleo indicado. Toda la información dada por mí en este formulario a solicitud de Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico es verdadera y completa y se ofrece a Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico como aliciente para conceder el seguro. Autorizo al Patrocinador del Plan a deducir contribuciones de mis pagos para ser aplicadas al costo del seguro. Entiendo y convengo en que no tendré cobertura a menos que yo está activamente trabajando en la fecha efectiva de la cobertura

I hereby declare that I am a Member of the Plan Sponsor indicated above and that I work at or from the employment location indicated. All information given by me on this form at Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico request is true and complete and is offered Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico as inducement to grant insurance. I authorize the Plan Sponsor to deduct contributions from my earnings to be applied to the cost of insurance. I understand and agree that I will not have coverage unless I am Actively at Work on the effective date of coverage.

Firma del Miembro/Signature of Member _____

Fecha/Date _____

Advertencia de Fraude para Residentes de Puerto Rico

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Fraud Statement for Puerto Rico Residents

For your protection, Puerto Rico law requires the following to appear on this claim form: Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation with the penalty of a fine of not less than five thousand (5,000) dollars and not more than ten thousand (10,000) dollars, or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. If aggravating circumstances are present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years; if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.

WAIVER OF COVERAGE

Me ha sido dada la oportunidad de solicitar este seguro, pero no deseo participar/I have been given the opportunity to apply for this insurance, but do not desire to participate

RENUNCIO a la cobertura para/I WAIVE coverage on: ☐ Yo/Myself ☐ TODOS Mis dependientes/ALL dependents ☐ Sólo cónyuge/Spouse Only ☐ Sólo hijos/Children Only

Firma del Miembro/Signature of Member _____

Fecha/Date _____

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O REVELACIÓN DE
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD/ AUTHORIZATION FOR THE USE AND/OR DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Yo, el/la suscriptor/a, por la presente autorizo a Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico ("PALIC-PR") el uso y/o revelación de mi información protegida de salud ("PHI") [sus siglas en inglés] como se describe a continuación:

I, the undersigned, hereby authorize Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico ("PALIC-PR") to use or disclose my protected health information ("PHI") as described below:

1. Mi PHI que puede ser usada y/o revelada puede incluir cualquiera de lo siguiente: Toda información médica ó PHI concerniente al suscriptor/a, incluyendo, pero sin limitarse a; información sobre reclamos e inscripción.

My PHI is authorized to be used and/or disclosure can include any of the following: All medical information and other PHI information concerning the undersigned, including, but not limited to, claims and enrollment information.

2. Autorizo el agente / corredor de mi patrono a recibir mi PHI con el propósito de administrar mis beneficios y mi inscripción.

I authorize my employer's broker to receive the PHI for the purposes of benefit administration and enrollment.

3. Entiendo que mi PHI será usada o revelada para propósitos de inscripción, elegibilidad ó reclamos.

The PHI will be used or disclosed upon the request of my employer's broker for enrollment, eligibility and claims purposes.

4. Entiendo que existe la posibilidad de que mi PHI sea revelada a alguien que no está requerido a cumplir con las regulaciones federales respecto a privacidad, por lo que; tal información puede ser revelada nuevamente y ya no estaría protegida. Esta autorización expirará 24 meses después de la fecha de la firma al calce. Esta autorización es voluntaria. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento al enviar notificación escrita a Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico, Departamento de Cumplimiento, PO BOX 364865, San Juan, PR 00936-4865. El revocarla no afectará cualquier acción tomada por PALIC-PR en base a esta autorización antes de recibir mi solicitud de revocación por escrito. No tengo que estar de acuerdo con esta autorización y mis beneficios no deben ser afectados por la firma de esta autorización. Tengo derecho a inspeccionar y copiar mi propia información protegida de salud [PHI] que será utilizada o revelada de acuerdo con los requisitos de las regulaciones federales de protección a la privacidad. Una copia o facsímil de esta autorización es tan válida como el original. Puedo recibir una copia de esta autorización al momento de solicitarla.

I understand that there is the potential that the PHI is disclosed to someone who is not required to comply with the federal privacy regulations, and then such information may be redisclosed and will no longer be protected. This authorization will expire 24 months from the date signed below. This authorization is voluntary. I have a right to revoke it at any time by giving written notice to Pan-American Life Insurance Company of Puerto Rico, Compliance Department, PO BOX 364865, San Juan, PR 00936-4865. Any such revocation will not affect any actions taken by PALIC-PR in reliance on this authorization before it received my written notice of revocation. I do not have to agree to this authorization and that my benefits will not be affected on my signing this authorization. I have a right to inspect and copy the protected health Information to be used or disclosed in accordance with the requirements of the federal privacy protection regulations. I understand that a photocopy or facsimile of this authorization is valid as the original. Upon request, I may receive a copy of this authorization.

He leído y comprendo los términos de esta Autorización, con pleno conocimiento voluntariamente autorizo a PALIC-PR a usar o revelar mi información de salud en la manera antes descrita al agente / corredor de mi patrono. Certifico que he recibido una copia de esta autorización.

I have read and understand the terms of this Authorization, and I hereby knowingly and voluntarily authorize PALIC-PR to use or disclose my health information in the manner described above to my employer's broker. I certify that I have received a copy of this authorization.

Firma del/la Participante / Representante Personal
Signature of Participant/ Personal Representative

Nombre del/la Participante / Representante Personal
Print name of Participant/ Personal Representative

Fecha/Date

Si firmado por el Representante Personal del/la Participante, indicar la relación con él o ella/If signed by Participant's Personal Representative, Relationship to Participant: