

- Initial Enrollment /Inscripción inicial empleado
- Newly Hired Employee/Nuevo empleado
- Contract Staff/ Personal De Contrato
- Retiree/Jubilado
- Special Enrollment/Inscripción especial

## STANDARD SECURITY LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK

### Uso De la Inscripción

### Seguro médico Limitado De la Ventaja Del Grupo

<b>Please Print or Type / Favor escribir a máquina o usar letra de molde</b>					
Name/Nombre (Last/Apellido)	(First/Nombre)	(MI/Inicial)	Gender/ Sexo	Date of Birth / Fecha de nacimiento MM/DD/YY / MM/DD/AA	Social Security No. / Número de seguro social
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	- -
Address/Dirección		City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código postal	Home Phone/Teléfono de la casa ( ) -
Plan Sponsor Name/Nombre Del Patrocinador Del Plan	Group Number/ Número De Grupo	Eligibility Status/Estado De la Elegibilidad	Date of Hire/Retirement Fecha de Hire/Retirement	Business Phone/ Teléfono del trabajo ( ) -	
		<input type="checkbox"/> Salaried Employee/Empleado A sueldo <input type="checkbox"/> Hourly Employee/Empleado Cada hora <input type="checkbox"/> Contract Staff/Personal De Contrato <input type="checkbox"/> Retiree/Jubilado	/ /		
Avg Weekly Hours / Promedio de horas semanales	Earnings/Ganancias	Job Title/Cargo		Dept. or Branch/ Departamento o sucursal	
	\$ <input type="checkbox"/> Hourly/Por hora <input type="checkbox"/> Annual/Anuales				
<input type="checkbox"/> YES, I want the following Plan offered by the Policyholder / Sí, deseo el plan siguiente ofrecido por el patrocinador del plan.  <b>FRAMEWORK PASSAGE PLAN</b>		Select Type of Coverage/Seleccionar el tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Eligible Person/Persona Elegible <input type="checkbox"/> Eligible Person + Spouse or Domestic Partner or Domestic Same Sex Partner/Persona eligible + esposo o socio o domestic doméstico el mismo socio del sexo <input type="checkbox"/> Eligible Person + Child/Children/Persona Elegible + Child/Children <input type="checkbox"/> Eligible Person + Family/Persona + Familia Elegibles			
<input type="checkbox"/> No, I do not want any coverage. I understand that if I want coverage, at a later date, I may be required to provide evidence of insurability to Standard Security Life Insurance Company of New York/No, no deseo ninguna cobertura. Entiendo que si deseo cobertura, en una fecha más última, puedo ser requerido proporcionar la evidencia de la asegurabilidad a Standard Security Life Insurance Company de Nueva York					
Is the reason you are declining coverage because you currently have other health coverage?/ ¿Es la razón que usted está declinando cobertura porque usted tiene actualmente otra cobertura de la salud? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No					
Signature, if declining all coverages/Firma, si declina todas las coberturas			Date/Fecha		
If Life or Accidental Death benefits are offered, Your beneficiary will be the first of the following living persons/Si se ofrece la vida o las ventajas de muerte accidentales, su beneficiario será el primer de las personas vivas siguientes:					
Not Applicable					
1. Your spouse/Su esposo; 2. Your natural and adopted children, equally/Sus hijos naturales y adoptados, igualmente; 3. Your parents, equally/Sus padres, igualmente; or/o 4. Your brothers and sisters/Sus hermanos y hermanas, equally/igualmente.					
If none of the above persons are living, then We will pay the benefit to Your estate/Si están viviendo ningunas de las personas antedichas, después pagaremos la ventaja a su estado. Beneficiary and relationship; if You wish to have any other beneficiary/Beneficiario y relación; si usted desea tener cualquier otro beneficiario					
You may designate or change Your Beneficiary at any time by filing a Change of Beneficiary Form. This designation or change must be made on forms or by means of a process We provide/Usted puede señalar o cambiar a su beneficiario en cualquier momento archivando un cambio de la forma del beneficiario. Esta designación o cambio se debe realizar en formas o por medio de un proceso proporcionamos.					
<b>LIST ALL DEPENDENTS TO BE COVERED. DOCUMENTATION IS NEEDED FOR ADOPTED/FOSTER/STEP CHILDREN OR          SPOUSES WITHOUT THE SAME SURNAME. / ENUMERAR A TODOS LOS DEPENDIENTES QUE SE CUBRIRÁN. LA DOCUMENTACIÓN ES          NECESARIA PARA LOS NIÑOS DE ADOPTED/FOSTER/STEP O LOS ESPOSOS SIN EL MISMO APELLIDO.</b>					
Name (Last, First, MI) / Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Date of Birth / Fecha de nacimiento	Gender / Sexo	Social Security No. / Número de seguro social	Relationship / Parentesco	
	/ /		- -	Spouse/Cónyuge	
	/ /		- -	Child / Hijo	
	/ /		- -	Child / Hijo	
	/ /		- -	Child / Hijo	
	/ /		- -	Child / Hijo	
Are any of the children age 19 or over a full-time student?/ ¿Son cualquiera de la edad 19 de los niños o del excedente un estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí If Yes/ Si Sí, <input type="checkbox"/> proof of school enrollment attached/prueba de la inscripción de la escuela unida <input type="checkbox"/> proof to be provided/prueba que se proporcionará					
I hereby declare that I am in an Eligible Class of the Policyholder Employer Plan Sponsor indicated above and that I work at or from the employment location indicated. All information given by me on this form at Standard Security Life Insurance Company of New York's request is true and complete and is offered to Standard Security Life Insurance Company of New York as inducement to grant insurance./ Declaro por este medio que estoy en una clase elegible del patrocinador del plan del patrón del asegurado indicado arriba y que trabajo en o de la localización del empleo indicada. Toda la información dada por mí en esta forma en Standard Security Life Insurance Company de la petición de Nueva York es verdad y completa y se ofrece a Standard Security Life Insurance Company de Nueva York como estímulo conceder seguro. <b>"The Certificate          provides limited benefits. Review your Certificate carefully."/ "el certificado proporciona ventajas limitadas. Repasar su certificado          cuidadosamente."</b>					
Applicant Signature/Firma Del Aspirante			Date/Fecha		