



# Principal Life Insurance Company

Dirección postal:  
Des Moines, IA  
50392-0002

**Formulario para  
cambios del  
empleado - CA**

La versión en español del presente documento es suministrada por cortesía de Principal Life Insurance Company. Los documentos originales que establecen todas las disposiciones de las políticas, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones legales están redactados en inglés.

**Si necesita asistencia, llame al 1-800-243-1404  
entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m., hora central, de lunes a viernes.**

Nombre de la compañía	Número de cuenta/unidad
-----------------------	-------------------------

**Información del empleado (cambio de nombre y dirección)**

Su nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social
---	-------------------------

Nombre nuevo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Su nueva dirección (calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)
----------------------------	----------	----------	-----------------

Número de teléfono de casa	Dirección de email
----------------------------	--------------------

**Complete para agregar, cancelar o cambiar la cobertura. Por favor, complete un formulario de inscripción si se inscribe por primera vez.**

Cobertura	Empleado	Cónyuge	Pareja doméstica registrada con el estado	Pareja doméstica no registrada*	Hijos
<b>Dental</b>	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
En los últimos 12 meses, ¿usted, el solicitante, tuvo cobertura de ortodoncia grupal continua (para usted o sus dependientes) con una aseguradora anterior?      sí                      no					
<b>de cuidado de la vista</b>	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
<b>de vida grupal a término</b>	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
<b>de vida suplementaria a término</b>	Agregar Cancelar Cambiar a:				
	Cambiar a la fecha:				

Cobertura	Empleado	Cónyuge	Pareja doméstica registrada con el estado	Pareja doméstica no registrada*	Hijos
<b>Voluntaria de vida a término</b>	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
	\$ _____ o _____ salario X	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<b>de discapacidad a corto plazo</b>	Agregar Cancelar Ocupación:				
<b>de discapacidad a largo plazo</b>	Agregar Cancelar Ocupación:				
<b>de enfermedad grave</b>	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:	Agregar Cancelar Cambiar a:
	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:	Cambiar a la fecha:
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	

Si solicita cobertura de enfermedad grave, ¿tiene usted o sus dependientes elegibles otros beneficios de un contrato o póliza de seguro individual o grupal que administre o provea cobertura médica, de hospital y quirúrgica, no diseñada para complementar otros planes privados o del gobierno que estén en vigor a la fecha de esta solicitud de cobertura de enfermedad grave? **NOTA:** La cobertura de enfermedad grave no se puede otorgar a una persona que no tiene dicha cobertura en vigor.

empleado:    sí    no            cónyuge, pareja doméstica registrada con el estado o pareja doméstica no registrada:    sí    no

**Completar si la cobertura que está agregando o cambiando se basa en su salario.**

Salario \$ \_\_\_\_\_ anual    quincenal    mensual    semanal    por hora

\* Las parejas domésticas no registradas solo se podrán agregar si su empleador permite esta cobertura. Al agregar a una pareja doméstica no registrada, por favor, adjunte una Declaración jurada de pareja doméstica/Apéndice del formulario de inscripción, separada.

**Productos de nicotina**

¿Ha consumido alguna persona productos de nicotina (incluyendo cigarrillos, pipa, puros o tabaco de mascar) en los últimos 12 meses?

Empleado:                      Cónyuge:                      Pareja doméstica registrada con el estado:                      Pareja doméstica no registrada:  
 sí                      no                      sí                      no                      sí                      no                      sí                      no

**Motivo por el que agregar una cobertura o un dependiente**

matrimonio	pérdida de otra cobertura grupal*	inscripción abierta*	Fecha del evento
nacimiento/adopción	orden judicial (adjunte una copia)	cambio en la posición de trabajo	
inscripción anual (si está disponible)		otro _____	

\*En caso de pérdida de otra cobertura grupal y de inscripción abierta, deberá completar lo siguiente:

Nombre de la aseguradora dental anterior	Fecha de finalización de la cobertura
Nombre de la aseguradora de vida anterior	Fecha de finalización de la cobertura
Nombre de la aseguradora de cuidado de la vista anterior	Fecha de finalización de la cobertura

