



Dirección Postal  
Des Moines, IA 50392-0002

Principal Life  
Insurance Company

Inscripción Y  
Exención Para  
Empleados-NC

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.  
POR FAVOR USE TINTA NEGRA  
Y ESCRIBA LAS FECHAS EN ESTE FORMATO MM/DD/AAAA**

Nombre de la compañía TEAMCRAFT ROOFING, INC.	Nivel de División	Número de cuenta/unidad 1145709-10001
--------------------------------------------------	-------------------	------------------------------------------

### Información Del Empleado

Nombre		Número de Seguro Social	
Dirección postal (calle)		Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer
(ciudad)	(estado)	(código postal)	
Fecha en que fue empleado a tiempo completo	Horas trabajadas por semana	Ocupación/clase laboral	Ubicación
Email		Número de teléfono	

¿Tiene un cónyuge o pareja de hecho o hijos elegibles?

sí  no

Salario (para los propietarios, incluir ingreso de negocios)	Modalidad del salario <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal
-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Frecuencia de pago del sueldo <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal	Código postal del empleador 28144	Condado del empleador ROWAN
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

### Información Referente A Los Coasegurados Elegibles (Complete si está eligiendo beneficios para su cónyuge o pareja de hecho o hijos)

Nombre del coasegurados	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Parentesco
		<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> pareja de hecho
		<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer		<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> niño tutelado* <input type="checkbox"/> hijo con discapacidades**
		<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer		<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> niño tutelado* <input type="checkbox"/> hijo con discapacidades**

	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> niño tutelado* <input type="checkbox"/> hijo con discapacidades**
	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> niño tutelado* <input type="checkbox"/> hijo con discapacidades**

\* Si marcó niño tutelado, ¿se le concedió la tutelado temporal del niño por medio de una agencia de acogimiento familiar autorizada, o por una orden judicial?

\*\*Cuando su hijo/a, que tiene una discapacidad que afecta su desarrollo o una discapacidad física, alcance/supere la edad máxima, deberá completar un formulario de solicitud de continuidad de la cobertura de hijo discapacitado, que se revisará para determinar su elegibilidad.

¿Su cónyuge o pareja de hecho trabaja para esta compañía?  
 sí  no

Cobertura	Empleado	Cónyuge o Pareja de Hecho *	Hijo(s)
<b>NOTA: Debe elegir la cobertura de empleado para elegir la cobertura de cualquier coasegurado.</b>			
<b>De Vida Grupal A Término</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Elijo		
<b>De Vida Voluntaria A Término (VTL, por sus siglas en inglés)</b>	<input type="checkbox"/> Elijo <input type="checkbox"/> Rechazo	<input type="checkbox"/> Elijo <input type="checkbox"/> Rechazo \$ _____	<input type="checkbox"/> Elijo <input type="checkbox"/> Rechazo \$ _____
<b>Cantidad de beneficio:</b>	\$ _____	<b>No puede exceder el 100% de la elección del empleado</b>	\$ _____

\*NOTA: Los parejas de hecho sólo se podrán agregar si su empleador permite esta cobertura. Si está inscribiendo a una pareja de hecho, por favor, adjunte una Declaración jurada de pareja de hecho/Apéndice del formulario de inscripción (GP60464).

**Designación De Beneficiarios De La Cobertura De Vida Grupal A Término (Complete si tiene cobertura de vida grupal a término.)**

**Todos los beneficiarios principales y contingentes, ya sean adultos o menores, deberán ser incluidos en la designación de beneficiarios que aparece a continuación. Se pueden agregar beneficiarios adicionales mediante un documento adjunto.**

**Beneficiarios Principales:**

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Marque Aquí Si Es Un Menor <input type="checkbox"/>	Porcentaje
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Marque Aquí Si Es Un Menor <input type="checkbox"/>	Porcentaje

**Beneficiarios Contingentes:**

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Marque Aquí Si Es Un Menor <input type="checkbox"/>	Porcentaje
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Marque Aquí Si Es Un Menor <input type="checkbox"/>	Porcentaje

**Designación De Beneficiarios De La Cobertura De Vida Voluntaria A Término** (Complete si tiene cobertura de vida voluntaria a término. Si desea usar la misma designación de beneficiarios que la indicada para la cobertura de vida grupal a término, escriba "igual que la anterior" en la sección de beneficiarios que aparece a continuación.)

**Todos los beneficiarios principales y contingentes, ya sean adultos o menores, deberán ser incluidos en la designación de beneficiarios que aparece a continuación. Se pueden agregar beneficiarios adicionales mediante un documento adjunto.**

**Beneficiarios Principales:**

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Marque Aquí Si Es Un Menor <input type="checkbox"/>	Porcentaje
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Marque Aquí Si Es Un Menor <input type="checkbox"/>	Porcentaje

**Beneficiarios Contingentes:**

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Marque Aquí Si Es Un Menor <input type="checkbox"/>	Porcentaje
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Marque Aquí Si Es Un Menor <input type="checkbox"/>	Porcentaje

El empleado se reserva el derecho de hacer cambios en el futuro. Si se nombran dos o más beneficiarios, los beneficios se deberán pagar a los beneficiarios mencionados, o al sobreviviente o sobrevivientes, en partes iguales, a menos que se especifique lo contrario.

Si se designa a cualquier beneficiario como fideicomisario, se entiende y acepta que Principal Life Insurance Company no deberá ser considerada parte de, ni estar obligada por, las condiciones del fideicomiso y además, los pagos de los beneficios netos de la mencionada póliza tras el fallecimiento del asegurado, al entonces beneficiario designado, deberán constituir un descargo total para Principal Life.

Si designó a uno o más menores como beneficiarios, deberá completar el formulario de la ley *Uniform Transfers to Minors Act* (Ley uniforme de transferencias a menores)(Formulario GP55229).

NOTA: usted tiene cobertura de vida grupal a término y de vida voluntaria a término y si solo hace una designación de beneficiario para una de las dos, se utilizará la disposición sobre facilidad de pago de la póliza grupal para determinar cómo se pagarán los beneficios correspondientes a la otra cobertura.

**Rechazo De La Cobertura**

**¡Importante!** Si rechaza alguna cobertura para usted o para cualquier coasegurado, explique el motivo. Cubierto bajo:

- cobertura grupal del cónyuge o pareja de hecho  seguro individual  
 otra cobertura ofrecida por mi empleador  otro \_\_\_\_\_

**Acuerdo Del Empleado** (Lea y firme)

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Mis coasegurados no son elegibles para coberturas que yo no tengo. Mis coasegurados entre los cuales figuran los hijastros, niños tutelados y los que sean mayores de la edad máxima para la cobertura, son elegibles con base en las disposiciones del plan; sin embargo, la edad de aquellos que sean mayores a la edad máxima será verificada al momento de presentarse un reclamo.
- Si rechazo la cobertura, no puedo inscribirme después de jubilarme.
- Si rechazo la coberturas de vida, por discapacidad, o por enfermedad grave, podré solicitarlas posteriormente pero tendré que presentar prueba de buen estado de salud y la cobertura estará sujeta a la aprobación por parte de Principal Life Insurance Company.
- Si la póliza grupal no requiere mi contribución, no puedo rechazar la cobertura a menos que la póliza indique lo contrario.
- Si la póliza grupal requiere mi contribución, autorizo a mi empleador a deducirla de mi sueldo.

- Hago constar que toda la información manifestada en este formulario, así como en cualquier otro documento adjunto, es completa y verídica a mi leal saber y entender. Dicha información forma parte de esta solicitud para cobertura. Acepto que Principal Life Insurance Company no se responsabilizará por ningún reclamo presentado antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, y que aplicarán todas las disposiciones acordadas en la póliza. He leído, o se me han leído, la información y mis respuestas en este formulario. Durante los primeros dos años de vigencia de la cobertura, las declaraciones falsas o engañosas intencionales podrán provocar cambios en mi cobertura, incluso la cancelación de la misma a partir de la fecha de entrada en vigor.
- Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas puede ser culpable de fraude de seguros.
- Autorizo a Principal Life Insurance Company a divulgar cualquier información requerida por la ley. Si esta autorización fuese firmada como parte de una solicitud, restablecimiento o cambio de los beneficios, este formulario será válido por un periodo de dos años a partir de la fecha anotada a continuación. Puedo revocar la autorización para la información que no haya sido obtenida. Entiendo que los datos recopilados serán utilizados por Principal Life Insurance Company para reclamos y para determinar la elegibilidad para las coberturas de vida, por discapacidad, y por enfermedad grave. No se utilizará esta información para ningún propósito prohibido por la ley.
- Entiendo que, como empleado, el seguro que yo y mis coasegurados hemos solicitado comenzará en la fecha de entrada en vigor de la cobertura siempre que me encuentre en mi trabajo en dicha fecha. Si no estoy trabajando en forma activa en dicha fecha, sujeto a los términos de la póliza grupal, es posible que la cobertura no entre en vigencia hasta mi reincorporación al trabajo. Asimismo, comprendo que ningún seguro puede entrar en vigor para ningún integrante de mi familia mientras se encuentre en un periodo de actividad limitada.

Una copia de este formulario tendrá la misma validez que el original.

**Hago constar** que la información que he provisto en este formulario de inscripción es completa y verdadera. Entiendo que ningún proveedor de seguros podrá garantizar la cobertura, ajustar las tasas, los beneficios ni las disposiciones sin la aprobación por escrita de Principal Life Insurance Company.

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

#### Instrucciones

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

- Una para el empleado
- Una para el empleador

# TeamCraft Roofing, Inc.

## Cobertura de vida voluntario a término/AD&D - empleado

Cantidades estimadas de prima mensual del empleado  
Final del periodo de la tasa garantizada: 12/31/2025

Cantidad de beneficiario	29 o menos	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Beneficio reducido	70-74	Beneficio reducido	75 o más
\$10,000	\$1.39	\$1.39	\$1.69	\$2.89	\$3.99	\$7.29	\$14.69	\$18.69	\$31.69	\$6,500	\$33.21	\$4,500	\$22.99
\$20,000	\$2.78	\$2.78	\$3.38	\$5.78	\$7.98	\$14.58	\$29.38	\$37.38	\$63.38	\$13,000	\$66.42	\$9,500	\$45.98
\$30,000	\$4.17	\$4.17	\$5.07	\$8.67	\$11.97	\$21.87	\$44.07	\$56.07	\$95.07	\$19,500	\$99.63	\$13,500	\$68.97
\$40,000	\$5.56	\$5.56	\$6.76	\$11.56	\$15.96	\$29.16	\$58.76	\$74.76	\$126.76	\$26,000	\$132.83	\$18,000	\$91.97
\$50,000	\$6.95	\$6.95	\$8.45	\$14.45	\$19.95	\$36.45	\$73.45	\$93.45	\$158.45	\$32,500	\$166.05	\$22,500	\$114.96
\$60,000	\$8.34	\$8.34	\$10.14	\$17.34	\$23.94	\$43.74	\$88.14	\$112.14	\$190.14	\$39,000	\$199.25	\$27,000	\$137.94
\$70,000	\$9.73	\$9.73	\$11.83	\$20.23	\$27.93	\$51.03	\$102.83	\$130.83	\$221.83	\$45,500	\$232.46	\$31,500	\$160.93
\$80,000	\$11.12	\$11.12	\$13.52	\$23.12	\$31.92	\$58.32	\$117.52	\$149.52	\$253.52	\$52,000	\$266.66	\$36,000	\$183.92
\$90,000	\$12.51	\$12.51	\$15.21	\$26.01	\$35.91	\$65.61	\$132.21	\$168.21	\$285.21	\$58,500	\$298.88	\$40,500	\$206.91
\$100,000	\$13.90	\$13.90	\$16.90	\$28.90	\$39.90	\$72.90	\$146.90	\$186.90	\$316.90	\$65,000	\$332.09	\$45,000	\$229.91
\$110,000	\$15.29	\$15.29	\$18.59	\$31.79	\$43.89	\$80.19	\$161.59	\$205.59	\$348.59	\$71,500	\$365.29	\$49,500	\$252.90
\$120,000	\$16.68	\$16.68	\$20.28	\$34.68	\$47.88	\$87.48	\$176.28	\$224.28	\$380.28	\$78,000	\$398.51	\$54,000	\$275.89
\$130,000	\$18.07	\$18.07	\$21.97	\$37.57	\$51.87	\$94.77	\$190.97	\$242.97	\$411.97	\$84,500	\$431.71	\$58,500	\$298.88
\$140,000	\$19.46	\$19.46	\$23.66	\$40.46	\$55.86	\$102.06	\$205.66	\$261.66	\$443.66	\$91,000	\$464.92	\$63,000	\$321.87
\$150,000	\$20.85	\$20.85	\$25.35	\$43.35	\$59.85	\$109.35	\$220.35	\$280.35	\$475.35	\$97,500	\$498.13	\$67,500	\$344.86
\$160,000	\$22.24	\$22.24	\$27.04	\$46.24	\$63.84	\$116.64	\$235.04	\$299.04	\$507.04	\$104,000	\$531.34	\$72,000	\$367.84
\$170,000	\$23.63	\$23.63	\$28.73	\$49.13	\$67.83	\$123.93	\$249.73	\$317.73	\$538.73	\$110,500	\$564.54	\$76,500	\$390.84
\$180,000	\$25.02	\$25.02	\$30.42	\$52.02	\$71.82	\$131.22	\$264.42	\$336.42	\$570.42	\$117,000	\$597.75	\$81,000	\$413.83
\$190,000	\$26.41	\$26.41	\$32.11	\$54.91	\$75.81	\$138.51	\$279.11	\$355.11	\$602.11	\$123,500	\$630.96	\$85,500	\$436.82
\$200,000	\$27.80	\$27.80	\$33.80	\$57.80	\$79.80	\$145.80	\$293.80	\$373.80	\$633.80	\$130,000	\$664.17	\$90,000	\$459.81
\$210,000	\$29.19	\$29.19	\$35.49	\$60.69	\$83.79	\$153.09	\$308.49	\$392.49	\$665.49	\$136,500	\$697.38	\$94,500	\$482.80
\$220,000	\$30.58	\$30.58	\$37.18	\$63.58	\$87.78	\$160.38	\$323.18	\$411.18	\$697.18	\$143,000	\$730.59	\$99,000	\$505.79
\$230,000	\$31.97	\$31.97	\$38.87	\$66.47	\$91.77	\$167.67	\$337.87	\$429.87	\$728.87	\$149,500	\$763.80	\$103,500	\$528.78
\$240,000	\$33.36	\$33.36	\$40.56	\$69.36	\$95.76	\$174.96	\$352.56	\$448.56	\$760.56	\$156,000	\$797.00	\$108,000	\$551.78

Nota: es obligatoria la prueba de buena salud/evidencia de asegurabilidad para solicitar cantidades de beneficio mayores a las resaltadas anteriormente.

Si tu edad cambia a una franja de tasas diferente durante el periodo de garantía, la prima cambiará para reflejar la nueva franja de tasas que entrará en vigor en la siguiente fecha de aniversario de la póliza.

El seguro voluntario de vida a término de Principal® lo emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, Iowa 50392.

Este resumen no es una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura aquí descrita. Para conocer los costos y detalles de la cobertura, comunícale con tu representante de Principal®.

Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., miembro de Principal Financial Group.



**Cobertura de vida voluntario a término/AD&D - cónyuge**

Cantidades estimadas de prima mensual del cónyuge  
Final del periodo de la tasa garantizada: 12/31/2025

Cantidad de beneficiario	29 o menos	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Beneficio reducido	70-74	Beneficio reducido	75 o más
\$5,000	\$0.70	\$0.70	\$0.85	\$1.45	\$2.00	\$3.65	\$7.35	\$9.35	\$15.85	\$3,250	\$16.61	\$2,250	\$11.49
\$10,000	\$1.39	\$1.39	\$1.69	\$2.89	\$3.99	\$7.29	\$14.69	\$18.69	\$31.69	\$6,500	\$33.21	\$4,500	\$22.99
\$15,000	\$2.09	\$2.09	\$2.54	\$4.34	\$5.99	\$10.94	\$22.04	\$28.04	\$47.54	\$9,750	\$49.81	\$6,750	\$34.48
\$20,000	\$2.78	\$2.78	\$3.38	\$5.78	\$7.98	\$14.58	\$29.38	\$37.38	\$63.38	\$13,000	\$66.42	\$9,000	\$45.98
\$25,000	\$3.48	\$3.48	\$4.23	\$7.23	\$9.98	\$18.23	\$36.73	\$46.73	\$79.23	\$16,250	\$83.02	\$11,250	\$57.47
\$30,000	\$4.17	\$4.17	\$5.07	\$8.67	\$11.97	\$21.87	\$44.07	\$56.07	\$95.07	\$19,500	\$99.63	\$13,500	\$68.97
\$35,000	\$4.87	\$4.87	\$5.92	\$10.12	\$13.97	\$25.52	\$51.42	\$65.42	\$110.92	\$22,750	\$116.23	\$15,750	\$80.47
\$40,000	\$5.56	\$5.56	\$6.76	\$11.56	\$15.96	\$29.16	\$58.76	\$74.76	\$126.76	\$26,000	\$132.83	\$18,000	\$91.97
\$45,000	\$6.26	\$6.26	\$7.61	\$13.01	\$17.96	\$32.81	\$66.11	\$84.11	\$142.61	\$29,250	\$149.44	\$20,250	\$103.46
\$50,000	\$6.95	\$6.95	\$8.45	\$14.45	\$19.95	\$36.45	\$73.45	\$93.45	\$158.45	\$32,500	\$166.05	\$22,500	\$114.96

Nota: es obligatoria la prueba de buena salud/evidencia de asegurabilidad para solicitar cantidades de beneficio mayores a las resaltadas anteriormente.

**Cantidad de la prima de los hijos (por familia)**  
\$10,000 \$2.00

Si tu edad cambia a una franja de tasas diferente durante el periodo de garantía, la prima cambiará para reflejar la nueva franja de tasas que entrará en vigor en la siguiente fecha de aniversario de la póliza.

El seguro voluntario de vida a término de Principal® lo emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, Iowa 50392.  
Este resumen no es una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura aquí descrita. Para conocer los costos y detalles de la cobertura, comunícale con tu representante de Principal®.

Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., miembro de Principal Financial Group.

