



Dirección Postal
Des Moines, IA 50392-0002

Principal Life
Insurance Company

Inscripción y
Renuncia para
Empleados - AZ

Nombre de la compañía Progressive Services Inc.	Nivel de división	Número de cuenta/unidad 1056506
--	-------------------	------------------------------------

Información Referente al Empleado

Nombre			Número de Seguro Social		
Dirección postal (calle)			Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	
(ciudad)	(estado)	(código postal)	¿Tiene un cónyuge o hijo elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de empleo a tiempo completo	Horas trabajadas por semana	Ocupación/clase laboral	Ubicación		
Cantidad del salario	Modalidad del salario <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> bisemanal				
Indique la modalidad de su nómina: <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bisemanal			Código postal del empleador 85009	Condado del empleador	

Seguro de Vida Voluntario a Término

Elección de Beneficios del Empleado	\$10,000	\$50,000	\$100,000	\$240,000	Otro \$ _____	Rechazo <input type="checkbox"/>
Prima Semanal *						
Elección de beneficios - marque la casilla que corresponda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elección de Beneficios del Cónyuge No puede ser mayor 100% de la elección del empleado	Cantidad \$ _____	Fecha de nacimiento				Rechazo <input type="checkbox"/>

Elección de Beneficios del Hijo	\$10,000					Rechazo <input type="checkbox"/>
Prima Semanal *						
Elección de beneficios - marque la casilla que corresponda	<input type="checkbox"/>					

* La cantidad real de la prima puede variar ligeramente debido a redondeo.

Designación de Beneficiarios de Seguro de Vida Voluntario a Término (Complete si tiene cobertura de seguro de vida voluntario a término.)

Todos los beneficiarios principales y contingentes, ya sean adultos o menores, deberán ser incluidos en la designación de beneficiarios descrita a continuación.

Beneficiarios Principales:

Nombre	Porcentaje	Parentesco
Domicilio		Número de Seguro Social
Nombre	Porcentaje	Parentesco
Domicilio		Número de Seguro Social
Nombre	Porcentaje	Parentesco
Domicilio		Número de Seguro Social

Beneficiarios Contingentes:

Nombre	Porcentaje	Parentesco
Domicilio		Número de Seguro Social
Nombre	Porcentaje	Parentesco
Domicilio		Número de Seguro Social

Se reserva el derecho a hacer cambios en el futuro. Si se nombran dos o más beneficiarios, los beneficios deberán pagarse a los beneficiarios mencionados, o al sobreviviente o sobrevivientes, en partes iguales, a menos que se haya especificado lo contrario.

Si cualquier beneficiario es designado 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 usted ha designado a uno o más menores como beneficiarios, debe completar el formulario de la Ley Uniforme de Cesiones a favor de Menores (Uniform Transfers to Minors Act, en inglés).

¡Importante! Si rechazara alguna cobertura para usted o para cualquier dependiente, explique el motivo. Cubierto bajo:

- cobertura grupal del cónyuge
- seguro individual
- otro _____
- otra cobertura ofrecida por mi empleador

Información Referente a los Dependientes Elegibles (Complete si ha elegido los beneficios para su cónyuge o hijos)

Nombre del cónyuge	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	Número de Seguro Social	
Nombres de los hijos	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> niño acogido* <input type="checkbox"/> hijo discapacitado o minusválido**
		<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer		<input type="checkbox"/> niño acogido* <input type="checkbox"/> hijo discapacitado o minusválido**

		<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> niño acogido* <input type="checkbox"/> hijo discapacitado o minusválido**
--	--	---	---

* Si marcó la casilla de niño acogido, ¿se le entregó el niño en calidad de acogido por una agencia de acogimiento familiar autorizada o por orden de una corte? Sí No

** Cuando su hijo, que tiene una discapacidad que afecta su desarrollo o una minusvalía, alcanza/supera la edad máxima, se debe completar un formulario de Solicitud de Continuidad de Cobertura de Hijo Minusválido (Application to Continue Handicapped Child, en inglés), que será revisado para determinar su elegibilidad.

¿Es su cónyuge empleado por esta compañía? Sí No

Acuerdo del Empleado (Lea y firme)

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Mis dependientes no son elegibles para coberturas que yo no tengo. Mis dependientes, entre los cuales figuran los hijastros, niños acogidos y los que sean mayores de la edad máxima para la cobertura, son elegibles con base en las disposiciones del plan; sin embargo, aquellos que sean mayores a la edad máxima serán verificados al momento de presentarse un reclamo.
- Si rechazara la cobertura, no podré inscribirme para la misma después de jubilarme.
- Si rechazara el seguro de vida o el seguro por discapacidad, podré solicitarlos posteriormente pero tendré que presentar prueba de buen estado de salud, y la emisión de 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 deducir las contribuciones de mi salario.
- Hago constar que toda la información manifestada en este formulario, así como en cualquier otro documento agregado al mismo, es completa y verídica a mi leal saber y entender. Dicha información forma parte de esta solicitud para cobertura. Estoy de acuerdo con que Principal Life no se responsabilizará por ningún reclamo presentado antes de la fecha de vigencia de la cobertura, y que aplicarán todas las disposiciones acordadas en la póliza. He leído, o se me ha 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 vigencia.
- 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 a divulgar cualquier información requerida por la ley. Cuando se haya firmado en relación con cualquier solicitud, reincorporación o solicitud de cambio en los beneficios, este formulario tendrá una vigencia de dos años, a partir de la fecha anotada a continuación, para toda la información excepto la información pertinente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), para la cual el formulario será válido por 180 días. 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 la administración de reclamos y determinar la elegibilidad para el seguro de vida y el seguro por discapacidad. No se utilizará esta información para ningún propósito prohibido por la ley.
- Entiendo que, como empleado, la cobertura de seguro de vida que yo y mis dependientes hemos solicitado comenzará en la fecha de vigencia 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, la cobertura no entrará en vigencia hasta mi reincorporación al trabajo. Asimismo, comprendo que ningún seguro entrará en vigencia para ningún integrante de mi familia mientras se encuentre en un periodo de actividad limitada.

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

Declaro que la información que he provisto en este formulario de inscripción es completa y verídica. Entiendo que ningún agente ni corredor podrá garantizar la cobertura, ajustar las tarifas, los beneficios ni las disposiciones sin aprobación escrita de Principal Life.

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

COMMERCIAL ROOFING BENEFITS
VOLUNTARY TERM LIFE/AD&D

Estimated **Employee** Weekly Premium Amounts

Benefit Amount	29 & Under	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
\$10,000	\$0.32	\$0.32	\$0.39	\$0.67	\$0.92	\$1.68	\$3.39	\$4.31	\$7.31
\$20,000	\$0.64	\$0.64	\$0.78	\$1.33	\$1.84	\$3.36	\$6.78	\$8.63	\$14.63
\$30,000	\$0.96	\$0.96	\$1.17	\$2.00	\$2.76	\$5.05	\$10.17	\$12.94	\$21.94
\$40,000	\$1.28	\$1.28	\$1.56	\$2.67	\$3.68	\$6.73	\$13.56	\$17.25	\$29.25
\$50,000	\$1.60	\$1.60	\$1.95	\$3.33	\$4.60	\$8.41	\$16.95	\$21.57	\$36.57
\$60,000	\$1.92	\$1.92	\$2.34	\$4.00	\$5.52	\$10.09	\$20.34	\$25.88	\$43.88
\$70,000	\$2.25	\$2.25	\$2.73	\$4.67	\$6.45	\$11.78	\$23.73	\$30.19	\$51.19
\$80,000	\$2.57	\$2.57	\$3.12	\$5.34	\$7.37	\$13.46	\$27.12	\$34.50	\$58.50
\$90,000	\$2.89	\$2.89	\$3.51	\$6.00	\$8.29	\$15.14	\$30.51	\$38.82	\$65.82
\$100,000	\$3.21	\$3.21	\$3.90	\$6.67	\$9.21	\$16.82	\$33.90	\$43.13	\$73.13
\$110,000	\$3.53	\$3.53	\$4.29	\$7.34	\$10.13	\$18.51	\$37.29	\$47.44	\$80.44
\$120,000	\$3.85	\$3.85	\$4.68	\$8.00	\$11.05	\$20.19	\$40.68	\$51.76	\$87.76
\$130,000	\$4.17	\$4.17	\$5.07	\$8.67	\$11.97	\$21.87	\$44.07	\$56.07	\$95.07
\$140,000	\$4.49	\$4.49	\$5.46	\$9.34	\$12.89	\$23.55	\$47.46	\$60.38	\$102.38
\$150,000	\$4.81	\$4.81	\$5.85	\$10.00	\$13.81	\$25.23	\$50.85	\$64.70	\$109.70
\$160,000	\$5.13	\$5.13	\$6.24	\$10.67	\$14.73	\$26.92	\$54.24	\$69.01	\$117.01
\$170,000	\$5.45	\$5.45	\$6.63	\$11.34	\$15.65	\$28.60	\$57.63	\$73.32	\$124.32
\$180,000	\$5.77	\$5.77	\$7.02	\$12.00	\$16.57	\$30.28	\$61.02	\$77.64	\$131.64
\$190,000	\$6.09	\$6.09	\$7.41	\$12.67	\$17.49	\$31.96	\$64.41	\$81.95	\$138.95
\$200,000	\$6.42	\$6.42	\$7.80	\$13.34	\$18.42	\$33.65	\$67.80	\$86.26	\$146.26
\$210,000	\$6.74	\$6.74	\$8.19	\$14.01	\$19.34	\$35.33	\$71.19	\$90.57	\$153.57
\$220,000	\$7.06	\$7.06	\$8.58	\$14.67	\$20.26	\$37.01	\$74.58	\$94.89	\$160.89
\$230,000	\$7.38	\$7.38	\$8.97	\$15.34	\$21.18	\$38.69	\$77.97	\$99.20	\$168.20
\$240,000	\$7.70	\$7.70	\$9.36	\$16.01	\$22.10	\$40.38	\$81.36	\$103.51	\$175.51

Reduced Benefit	70-74
\$6,500	\$7.66
\$13,000	\$15.33
\$19,500	\$22.99
\$26,000	\$30.65
\$32,500	\$38.32
\$39,000	\$45.98
\$45,500	\$53.64
\$52,000	\$61.31
\$58,500	\$68.97
\$65,000	\$76.64
\$71,500	\$84.30
\$78,000	\$91.96
\$84,500	\$99.63
\$91,000	\$107.29
\$97,500	\$114.95
\$104,000	\$122.62
\$110,500	\$130.28
\$117,000	\$137.94
\$123,500	\$145.61
\$130,000	\$153.27
\$136,500	\$160.93
\$143,000	\$168.60
\$149,500	\$176.26
\$156,000	\$183.92

Reduced Benefit	75 & Over
\$4,500	\$5.31
\$9,000	\$10.61
\$13,500	\$15.92
\$18,000	\$21.22
\$22,500	\$26.53
\$27,000	\$31.83
\$31,500	\$37.14
\$36,000	\$42.44
\$40,500	\$47.75
\$45,000	\$53.06
\$49,500	\$58.36
\$54,000	\$63.67
\$58,500	\$68.97
\$63,000	\$74.28
\$67,500	\$79.58
\$72,000	\$84.89
\$76,500	\$90.19
\$81,000	\$95.50
\$85,500	\$100.80
\$90,000	\$106.11
\$94,500	\$111.42
\$99,000	\$116.72
\$103,500	\$122.03
\$108,000	\$127.33

COMMERCIAL ROOFING BENEFITS
VOLUNTARY TERM LIFE/AD&D

Estimated **Spouse** Weekly Premium Amounts

Benefit Amount	29 & Under	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
\$5,000	\$0.16	\$0.16	\$0.20	\$0.33	\$0.46	\$0.84	\$1.70	\$2.16	\$3.66
\$10,000	\$0.32	\$0.32	\$0.39	\$0.67	\$0.92	\$1.68	\$3.39	\$4.31	\$7.31
\$15,000	\$0.48	\$0.48	\$0.59	\$1.00	\$1.38	\$2.52	\$5.09	\$6.47	\$10.97
\$20,000	\$0.64	\$0.64	\$0.78	\$1.33	\$1.84	\$3.36	\$6.78	\$8.63	\$14.63
\$25,000	\$0.80	\$0.80	\$0.98	\$1.67	\$2.30	\$4.21	\$8.48	\$10.78	\$18.28
\$30,000	\$0.96	\$0.96	\$1.17	\$2.00	\$2.76	\$5.05	\$10.17	\$12.94	\$21.94
\$35,000	\$1.12	\$1.12	\$1.37	\$2.33	\$3.22	\$5.89	\$11.87	\$15.10	\$25.60
\$40,000	\$1.28	\$1.28	\$1.56	\$2.67	\$3.68	\$6.73	\$13.56	\$17.25	\$29.25
\$45,000	\$1.44	\$1.44	\$1.76	\$3.00	\$4.14	\$7.57	\$15.26	\$19.41	\$32.91
\$50,000	\$1.60	\$1.60	\$1.95	\$3.33	\$4.60	\$8.41	\$16.95	\$21.57	\$36.57

Reduced Benefit	70-74
\$3,250	\$3.83
\$6,500	\$7.66
\$9,750	\$11.50
\$13,000	\$15.33
\$16,250	\$19.16
\$19,500	\$22.99
\$22,750	\$26.82
\$26,000	\$30.65
\$29,250	\$34.49
\$32,500	\$38.32

Reduced Benefit	75 & Over
\$2,250	\$2.65
\$4,500	\$5.31
\$6,750	\$7.96
\$9,000	\$10.61
\$11,250	\$13.26
\$13,500	\$15.92
\$15,750	\$18.57
\$18,000	\$21.22
\$20,250	\$23.87
\$22,500	\$26.53

Child Deduction Schedule **\$10,000** **\$0.46**