

Solicitud de Excepción Para Definición de Hijo Dependiente



Ameritas Life Insurance Corp. of New York

Nombre del Empleador (titular de la póliza): _____

Número de Póliza: 026- _____

Nombre del Empleado (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____

Número de Seguro Social: _____

Se solicita cobertura para mi(s) dependiente(s) enlistado(os) a continuación:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- (a) ¿Qué porción de la pensión alimenticia del hijo/menor de edad es otorgada por el empleado?

 - (b) ¿Tiene derecho a deducciones fiscales sobre el Impuesto Federal sobre la Renta (Federal Income Tax) con respecto a la pensión alimenticia del menor?

 - ¿Quién es legalmente responsable de los gastos médicos del menor?

 - ¿Por cuánto tiempo ha existido el acuerdo actual sobre la pensión alimenticia?

 - ¿Dónde reside el menor actualmente?

 - (a) ¿Cuál es la situación de los padres biológicos? – ¿Fallecieron?, ¿Están divorciados?, ¿Dónde viven actualmente?

 - (b) Indique si el acuerdo sobre la pensión alimenticia está regido por documentos legales, tales como sentencia de divorcio o documentos de tutela:

-

Por envíe por correo esta solicitud:

Ameritas Life Insurance Corp. of New York
1350 Broadway, Suite 1710
New York, NY 10018