

Solicitud de Excepción Para Definición de Hijo Dependiente



Ameritas Life Insurance Corp.

Nombre del Empleador (titular de la póliza): _____

Número de Póliza: **010-** _____

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 |
|--------|---------------------|-------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

1. (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?

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

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

4. ¿Dónde reside el menor actualmente?

5. (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:

Attn: Group Customer Service
Ameritas Life Insurance Corp.
P.O. Box 81889
Lincoln, NE 68501-1889

o envíela por fax al:

402-467-7338