

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO



Usted debe seleccionar el beneficiario - la persona (o más de una persona) o entidad legal (o más de una entidad legal) - que recibirá el pago si usted fallece mientras se encuentra cubierto por los planes. Asegúrese de designar también un beneficiario secundario que pueda recibir el beneficio si su beneficiario primario fallece primero.

Al completar este Formulario de Beneficiario anulará cualquier designación previa de beneficiarios, si la hubiera, para su seguro de vida colectivo a término y/o su seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) emitido a este grupo/patrón.

Asegúrese de que la designación de su beneficiario sea clara para que no haya duda acerca de su significado. Si usted nombra más de un beneficiario primario o secundario, aclare el porcentaje de su beneficio que se pagará a cada beneficiario. Los porcentajes listados deberán sumar el 100%. Proporcione toda la información solicitada. Si su beneficiario no está relacionado con usted por sangre o matrimonio, introduzca las palabras "No relacionado" en la declaración de su relación. Si usted necesita ayuda, contacte a un representante de su patrón o a su propio asesor legal.

Un beneficiario para el Seguro de vida de empleado puede cambiarse en cualquier momento mediante una solicitud escrita.

Note que este formulario de designación de beneficiario no debe ser firmado por un apoderado notarial.

Los siguientes son ejemplos de las designaciones más comunes de beneficiarios:

Ejemplo #1:

Jane Doe	Relación: Esposa	Porcentaje de Beneficio: 100%
----------	------------------	-------------------------------

Ejemplo #2:

Jane Doe	Relación: Esposa	Porcentaje de Beneficio: 50%
Susan Doe	Relación: Hija	Porcentaje de Beneficio: 25%
John Doe	Relación: Hijo	Porcentaje de Beneficio: 25%

Si se necesita espacio adicional, escriba "Ver adjunto" en la línea del beneficiario en este formulario de designación de beneficiario y adjunte una hoja separada que incluya toda la información de beneficiario requerida para cada beneficiario indicado. **Esta hoja separada debe ser firmada por usted (el Empleado) e incluir la fecha.**

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO



☐ Designacion de beneficiario inicial O ☐ Cambio de todas las designaciones anteriores de beneficiarios (marque solamente una casilla)

Yo revoco cualquier designacion anterior de beneficiario, y declaro que en caso de mi muerte, los beneficiarios del seguro pagaderos bajo el Plan de Seguro de Vida colectivo o el Plan de Muerte o Desmembramiento Accidental (AD&D) de mi patrón sean pagados como indicado abajo.

Nombre del Empleado:	Número de ID del Empleado:	Número de Seguro Social: ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐
Dirección del Empleado:	Número de Teléfono: ()	
Grupo Asegurado/Patrón:	Número de Póliza del Patrón:	

NOMBRAMIENTO DEL BENEFICIARIO

Es muy importante que la designación de su beneficiario sea clara, de tal manera que no haya ninguna duda de su intención. También es importante que usted nombre un beneficiario primario y secundario(s). Al nombrar su(s) beneficiario(s), por favor indique sus nombres completos, dirección, números de seguro social y relación. En la pagina anterior a esta, usted encontrará ejemplos de designaciones comunes de beneficiarios. Si usted necesita ayuda, contacte a un representante de su patrón o a su propio asesor legal.

BENEFICIARIO(S) PRIMARIO(S)

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Número de teléfono: ()
Número de Seguro Social: _____	Relación: _____ Porcentaje del Beneficio: _____ %
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Número de Telefono: ()
Número de Seguro Social: _____	Relación: _____ Porcentaje del Beneficio: _____ %
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Número de Telefono: ()
Número de Seguro Social: _____	Relación: _____ Porcentaje del Beneficio: _____ %

BENEFICIARIO(S) SECUNDARIO(S)

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Número de Telefono: ()
Número de Seguro Social: _____	Relación: _____ Porcentaje del Beneficio: _____ %
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Número de Telefono: ()
Número de Seguro Social: _____	Relación: _____ Porcentaje del Beneficio: _____ %

Exención de responsabilidad: El consentimiento del cónyuge no corresponde a los planes ERISA.

El consentimiento del cónyuge es para los estados con propiedad mancomunada únicamente: Si usted vive en un estado con propiedad mancomunada (Alaska, Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nueva México, Puerto Rico, Texas, Washington o Wisconsin) podrá completar la sección de Consentimiento del cónyuge, que permite que su cónyuge renuncie a sus derechos sobre una propiedad de interés comunitario en el beneficio. Ciertas jurisdicciones tribales también pueden requerir el consentimiento del cónyuge. Consulte a su Administrador de beneficios para más detalles.

El presente certifica que, como cónyuge del Empleado nombrado anteriormente, por el presente acepto que mi cónyuge designe a las personas nombradas anteriormente como los beneficiarios del seguro de vida colectivo o del seguro por muerte accidental conforme a la póliza mencionada y renuncio a los derechos que yo pueda tener sobre las ganancias de dicho seguro según las leyes aplicables de propiedad comunitaria. Entiendo que este consentimiento y renuncia invalidan cualquier otro consentimiento conyugal previo o renuncia en virtud de este plan.

Firma de la Esposa del Empleado: _____ **Fecha:** _____

Yo, la persona que firma, me reservo el derecho de cambiar de beneficiario(s) sin el consentimiento del(los) beneficiario(s) arriba mencionado(s).

Firma del Empleado: _____ **Fecha:** _____

Note que este formulario de designacion de beneficiario no debe ser firmada por un Apoderado Notarial