

**Para ser llenado por el Departamento de recursos humanos**

Número de grupo	Departamento	Categoría de facturación	Fecha de empleo
-----------------	--------------	--------------------------	-----------------

**Para ser llenado por el solicitante**  Solicitar cobertura  Cambio de beneficiario *Llene la sección de beneficiario que aparece abajo*  
 Cambio de nombre  Añadir o  Cancelar dependiente Fecha de adición o cancelación \_\_\_\_\_

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre anterior (apellido, nombre, segundo nombre) <i>Sólo llene esta sección si está solicitando cambio de nombre</i>	Número de teléfono		
Nombre del empleador	Título del puesto o profesión		
Horas trabajadas a la semana	Ingresos \$ _____	Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	

¿Usted o su cónyuge han usado tabaco en los últimos 12 meses? Miembro:  Sí  No Cónyuge:  Sí  No

**Cobertura** Consulte con su Departamento de recursos humanos las opciones de cobertura que hay disponibles para usted y los requisitos de Evidencia de Asegurabilidad.

**1. Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en ingles)**

- Seguro de Vida (pagado por el empleador)  Seguro de Vida Voluntario Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de Vida con AD&D (pagado por el empleador)  Seguro de Vida Voluntario con AD&D Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de Vida Extra u Optativo  Seguro de Vida Extra u Optativo con AD&D Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_

**2. Seguro de Vida de Dependientes y Seguro por AD&D**

- Seguro de Vida de Cónyuge Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de Vida de Cónyuge con AD&D Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Seguro de Vida de Hijo(s) Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de Vida de Dependientes con AD&D Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_

**3. Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento Voluntario (AD&D) Voluntario**

- usted solamente \$ \_\_\_\_\_  su cónyuge \$ \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ %  sus hijos \$ \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ %

**4. Seguro de Vida Suplementario**  Cantidad solicitada \$ \_\_\_\_\_

- Cantidad solicitada para su cónyuge \$ \_\_\_\_\_

**5. Incapacidad de Corto Plazo**  Pagado por el empleador  Seguro por STD Voluntario  Cobertura mejorada**6. Incapacidad de Largo Plazo**  Pagado por el empleador  Seguro por LTD Voluntario  Cobertura mejorada**7. Dental (vea abajo)**  Pagado por el empleador  Seguro Dental Voluntario  Plan dental menor  Plan dental mayor**8. Visión (vea abajo)**  Pagado por el empleador Cuidado de la Vista Integral  Plan 1  Plan 2  Plan 3

**Dental y Vista** Si usted se va a inscribir en el plan Dental o de Visión, por favor dé la siguiente información.

Cobertura solicitada de Seguro Dental para  usted, su cónyuge e hijos  usted y su cónyuge  usted solamente  usted y sus hijos (sin cónyuge)

Cobertura solicitada de Seguro de Visión para  usted, su cónyuge e hijos  usted y su cónyuge  usted solamente  usted y sus hijos (sin cónyuge)

¿Tiene cobertura de seguro dental bajo otro plan?  Sí  No ¿Tienen cobertura uno o más de sus dependientes?  Sí  No

Liste los dependientes que va a inscribir o cancelar. (El apellido si es distinto, nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo		Fecha de nacimiento	Liste los dependientes que va a inscribir o cancelar. (Si es necesario, adjunte otra hoja para nombrar más dependientes)	Sexo		Fecha de nacimiento
	M	F			M	F	
Cónyuge				Hijo 2			
Hijo 1				Hijo 3			

**Exención de Seguro Dental y de Visión: Seguro Dental o de Visión Contributivo**

Ya se me explicó la cobertura del seguro que está disponible para mí y mis dependientes y no deseo inscribirme por ahora. Entiendo que si escojo posponer mi inscripción, la cobertura del seguro podrá ser objeto de un cargo extra por inscripción tardía.

Rechazo el  Seguro Dental y de  Visión para mí.

Rechazo el  Seguro Dental y de  Visión para uno o más de mis dependientes.

**Beneficiario** Esta designación es pertinente a la cobertura disponible por medio de su empleador, si lo hubiera, bajo la sección 1 o 3 de cobertura mostradas arriba. Salvo que se especifique de otro modo en otro documento, esta designación también es pertinente a la cobertura disponible por medio de su empleador, si lo hubiera, bajo la sección 4 de cobertura mostrada arriba. Las designaciones no serán válidas mientras no estén firmadas, fechadas y entregadas a su Empleador en vida de usted. Para más información vea abajo.

Primario: nombre y apellido	Domicilio	N.º de Seguro Social	Parentesco	% del beneficio
Secundario: nombre y apellido	Domicilio	N.º de Seguro Social	Parentesco	% del beneficio

**Firma**

Deseo hacer las selecciones indicadas en este formulario. Si escojo cobertura, autorizo que se hagan descuentos de mi cheque salarial para cubrir mi aportación al costo del seguro, si fuera necesario. Entiendo que la cantidad de la deducción cambiará si cambian mi cobertura o sus costos. Confirmando que las declaraciones incluidas en la presente son verdaderas a mi mejor saber y entender. Declaro que he leído el Aviso de fraude pertinente a mi estado de residencia en la página 3 de este formulario.

Es obligatoria la firma del miembro o empleado \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_

*Después de llenar el formulario devuélvalo al Departamento de recursos humanos.*

**Información de los beneficiarios**

- Su designación revocará toda designación previa.
- Los beneficios son pagaderos a un Beneficiario secundario sólo si no le sobreviven a usted uno o más de los Beneficiarios primarios.
- Si usted nombra a dos o más Beneficiarios en una de las clasificaciones:
  1. Dos o más de los Beneficiarios sobrevivientes recibirán partes iguales, a menos que usted indique partes desiguales.
  2. Si usted indica partes desiguales en una de las clasificaciones y dos o más Beneficiarios en dicha clasificación le sobreviven, le pagaremos a cada Beneficiario sobreviviente su parte del beneficio. Si usted no indica lo contrario, las partes que se le deberían a cualquier beneficiario fallecido se las pagaremos a los Beneficiarios que sobreviven, con una cantidad prorrateada basada en la relación que tenga el porcentaje o parte fraccional designada a cada uno de los Beneficiarios sobrevivientes con las partes totales de todos los Beneficiarios sobrevivientes.
  3. Si sólo le sobrevive un Beneficiario de una de las clasificaciones, le pagaremos a dicho Beneficiario el total del beneficio por fallecimiento.
- Si el Beneficiario es un menor (una persona que no haya cumplido la mayoría de edad) o su patrimonio, podría resultar necesario que un juzgado nombre un tutor o representante legal antes de que se pueda pagar un beneficio por fallecimiento. Si el Beneficiario es un fideicomiso o fideicomisario, el fideicomiso debe ser identificado por escrito en la designación de Beneficiario. Por ejemplo, "Dorothy Q. Smith, fideicomisaria bajo el acuerdo del fideicomiso fechado \_\_\_\_\_."
- Con una carta poder se debe otorgar autorización específica, en términos del documento o leyes aplicables, para hacer o cambiar una designación de Beneficiario. Consulte con su asesor legal si tiene preguntas.
- El Seguro de Dependientes, si lo hubiera, le es pagadero a usted si está vivo, o como lo estipule la cobertura de su Empleador según la Póliza colectiva.

## **Aviso de fraude**

PARA RESIDENTES DE AR, DC, KY, LA, ME, NM, OH, TN: Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tal acción puede clasificarse como un delito grave y se le pueden imponer multas cuantiosas.

PARA RESIDENTES DE CO: Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía aseguradora y todo agente de una compañía aseguradora que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de defraudarlo o tratar de defraudarlo con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del dinero procedente del seguro deberán ser reportados a la División de Seguros de Colorado, del Departamento de Agencias Regulatorias.

PARA RESIDENTES DE NY: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude, lo cual constituye un delito, y se hará objeto de sanciones civiles que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

PARA RESIDENTES DE PA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.