

La designación aplicará a la(s) cobertura(s) siguiente(s) de Standard Insurance Company si están disponibles por medio de su empleador: Seguro de Vida, Seguro de Vida con Muerte Accidental y Desmembramiento (Accidental Death & Dismemberment o AD&D), Seguro por AD&D y, al menos que este escrito en otro documento, Seguro de Vida Suplementario.

Las designaciones que se hagan a continuación, o en hoja de papel por separado, no serán válidas a menos que sean firmadas, fechadas y entregadas a su empleador durante el transcurso de la vida de usted. Después de llenar el formulario devuélvalo a su departamento de recursos humanos.

This designation will apply to the following Standard Insurance Company coverage(s) if available to you through your Employer: Life Insurance, Life with Accidental Death & Dismemberment (AD&D) Insurance, AD&D Insurance and, unless specified otherwise on a separate signed sheet of paper, Supplemental Life Insurance.

Designations made below, or on a separate sheet of paper, are not valid unless signed, dated, and delivered to your Employer during your lifetime. Return the completed form to your Human Resources Department.

DATOS DEL MIEMBRO O EMPLEADO (MEMBER/EMPLOYEE INFORMATION)

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) (Your Name (Last, First, Middle))		Fecha de nacimiento (Date of Birth)
Dirección (número y calle) (Your Address)		
Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (Zip)
Nombre de grupo (Group Name)	N.º de grupo (Group No.)	

*Departamento de recursos humanos: guarde para sus registros.
(Human Resources Department – Retain for your records.)*

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (BENEFICIARY INFORMATION)

- 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 nombra a dos o más Beneficiarios en una de las clasificaciones (primario o secundario), dos o más de los Beneficiarios sobrevivientes recibirán partes iguales, al menos que usted indique partes desiguales.
- 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 Vida de Dependientes y Seguro de Vida Suplementario para su cónyuge, si corresponde, es pagadero a usted, si está vivo, o como lo estipule la cobertura de su empleador bajo la póliza colectiva.
- Si llena el espacio correspondiente del "% del beneficio", el resultado de las cantidades deberá ser 100% para cada clasificación (primario o secundario). Por ejemplo, "Primario - John Q. Doe, 60%; Jane Q. Doe, 40%."
- Your designation revokes all prior designations.
- Benefits are payable to a contingent Beneficiary only if you are not survived by one or more primary Beneficiaries.
- If you name two or more Beneficiaries in a class (primary or contingent), two or more surviving Beneficiaries will share equally, unless you provide for unequal shares.
- If a minor (a person not of legal age) or your estate is the Beneficiary, it may be necessary to have a guardian or a legal representative appointed by the court before any death benefit can be paid. If the Beneficiary is a trust or trustee, the written trust must be identified in the Beneficiary designation. For example, "Dorothy Q. Smith, Trustee under the trust agreement dated _____."
- A power of attorney must grant specific authority, by the terms of the document or applicable law, to make or change a Beneficiary designation. If you have questions, consult your legal advisor.
- Dependents Insurance and Supplemental Life Insurance on your Spouse, if any, is payable to you, if living, or as provided under your Employer's coverage under the Group Policy.
- If you complete the "% of Benefit" box(es), the amounts should add up to 100% for each class (primary or contingent). For example, "Primary - John Q. Doe, 60%; Jane Q. Doe, 40%."

PRIMARIO: nombre y apellido (PRIMARY – Full Name)	Dirección (número y calle) (Address)	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	N.º de teléfono (Phone No.)	N.º de Seguro Social (Soc. Sec. No.)	Parentesco (Relationship)	% del beneficio (% of Benefit)

SECUNDARIO: nombre y apellido (CONTINGENT – Full Name)	Dirección (número y calle) (Address)	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	N.º de teléfono (Phone No.)	N.º de Seguro Social (Soc. Sec. No.)	Parentesco (Relationship)	% del beneficio (% of Benefit)

Firma del miembro o empleado (Signature of Member/Employee)	Fecha (Date)
--	-----------------

*Departamento de recursos humanos: guarde para sus registros.
(Human Resources Department – Retain for your records.)*