

Para que lo llene el Departamento de Beneficios para el Empleado

N.º de grupo 760857	División	Categoría de facturación	Fecha de contratación
-------------------------------	----------	--------------------------	-----------------------

Para que lo llene 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/cancelación _____

Su nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Su número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Su dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre anterior (apellido, primer nombre, segundo nombre) <i>Llene esta sección solo si está solicitando un cambio de nombre</i>		Número de teléfono		
Nombre del empleador North East Independent School District		N.º de identificación de NEISD		
Horas trabajadas a la semana	Ingresos \$ _____ Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año			

Cobertura *Consulte los Puntos destacados de las opciones de su cobertura que hay disponibles para usted, incluyendo los requisitos de Evidencia de Asegurabilidad.*

Seguro de Vida

- Cantidad solicitada del Seguro de Vida Extra con AD&D \$ _____
(desde \$10,000 hasta \$500,000, en incrementos de \$10,000)

Seguro de Vida para Dependientes

- Cantidad solicitada del Seguro de Vida con AD&D para el cónyuge \$ _____
(desde \$10,000 hasta \$500,000, en incrementos de \$10,000)

Nombre del cónyuge _____ Fecha de nacimiento _____

- Seguro de Vida para el/los hijo(s) (*elija uno*):

\$10,000 \$15,000 \$20,000

Incapacidad de Largo Plazo

- Su elección/opciones para educadores

Consulte los materiales de inscripción proporcionados (Puntos destacados de la cobertura), al completar la siguiente información:

1. **Periodo máximo de subsidios** (*elija uno*):

- Opción A:** hasta los 65 años tanto por accidente y enfermedad
 Opción B: hasta los 65 años por accidente y 3 años por enfermedad

2. **Subsidio mensual por incapacidad:** \$ _____ (desde \$200 hasta \$10,000, en incrementos de \$100)3. **Periodo de espera de subsidios** (*elija uno*):

- 0-7 días
 14-14 días
 30-30 días
 60-60 días
 90-90 días
 180-180 días

Regrese el formulario lleno a su Departamento de Beneficios para el Empleado.

Beneficiario Esta designación se aplica a su Seguro de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento, si lo hubiera, disponible a través de su empleador. A menos que se especifique en una hoja de papel adicional, esta designación también aplicará a su Seguro de Vida Complementario y a su Seguro por Accidentes, si los hubiera, disponibles a través de su empleador, a menos que se reemplace por una designación independiente posterior. Las designaciones no son válidas a menos que estén firmadas, fechadas y entregadas de conformidad con los términos de la Póliza colectiva durante su vida.

Nombre completo – Primario	Dirección	Fecha de nacimiento	N.º de teléfono	N.º de Seguro Social <i>si lo sabe</i>	Parentesco	% del beneficio*
Nombre completo – Secundario	Dirección	Fecha de nacimiento	N.º de teléfono	N.º de Seguro Social <i>si lo sabe</i>	Parentesco	% del beneficio*

***El total debe ser igual al 100%**

Firma Deseo tomar las decisiones indicadas en este formulario. Si elijo la cobertura, autorizo que se hagan deducciones de mi salario para cubrir mi aportación al costo del seguro, si fuera necesario. Entiendo que la cantidad de la deducción cambiará si mi cobertura o los costos cambian. Al no elegir la cobertura del Seguro Colectivo Voluntario por Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability (LTD, por sus siglas en inglés)) de Su elección/opciones para educadores, entiendo que si deseo aplicar después, debo esperar hasta que mi empleador realice una inscripción anual.

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

Regrese el formulario lleno a su Departamento de Beneficios para el Empleado.

Información de los beneficiarios

- Su designación revocará toda designación previa.
- Los beneficios son pagaderos a un beneficiario secundario solo si uno o más de los beneficiarios primarios no le sobreviven.
- 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 otorgar a cualquier beneficiario fallecido se las pagaremos a los beneficiarios sobrevivientes. Se les pagará una cantidad proporcional 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 solo 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 ser 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 con fecha _____”.
- Para hacer o cambiar una Designación de beneficiario, se debe otorgar autorización específica mediante una carta poder, según las condiciones del documento o las leyes correspondientes. Si tiene dudas al respecto, consulte con su asesor legal.
- El Seguro para Dependientes, si lo hubiera, se le pagará a usted si está vivo o según lo estipulado en la cobertura de su empleador según la Póliza colectiva.

Regrese el formulario lleno a su Departamento de Beneficios para el Empleado.