



Nuevo Cambio

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE Y BOLÍGRAFO.

NOMBRE DEL EMPLEADO - APELLIDO	PRIMER INICIAL	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NAC. Mes/Día/Año	FECHA DE CONTRATACIÓN (a Tiempo Completo) Mes/Día/Año
--------------------------------	----------------	---	------------------------------	---

NO. SEGURO SOCIAL (ES SU NO. DE CERTIFICADO)

EMPLEADOR	NO. GRUPO	AGENCIA
-----------	-----------	---------

Beneficiario irrevocable: Sí No

Nota: Si selecciona el beneficiario irrevocable, quizá no pueda cambiar de beneficiario sin el consentimiento del beneficiario irrevocable. Un beneficiario irrevocable goza de interés adquirido en las ganancias del contrato, por tanto el titular del contrato no puede ejercer ciertos derechos sin el permiso del beneficiario irrevocable.

Si se designan a dos o más beneficiarios, y usted no especifica los porcentajes de beneficio, las recaudaciones serán pagadas en partes iguales a los beneficiarios principales designados que le sobrevivan a usted. Si ningún beneficiario principal le sobrevive, las recaudaciones serán pagaderas al(los) beneficiario(s) contingentes. Si usted designa los porcentajes de indemnización, el total debe ser equivalente a 100%. VER LOS DETALLES A CONTINUACIÓN.

BENEFICIARIO Debe ser llenado	Nombre	Apellido	Fecha de Nac.	No. Seguro Social	Parentesco	% Beneficio
	Principal		Mes/ Día/ Año			%
	Principal		Mes/ Día/ Año			%
	Contingente		Mes/ Día/ Año			%
	Contingente		Mes/ Día/ Año			%

AVISO: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de demanda que contenga cualquier información sustancialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho sustancial del mismo, comete un acto fraudulento de seguro considerado como un crimen y somete a tal persona a sanciones civiles y criminales. (No ejecutorio en Oregon o Virginia.)

FIRMA DEL _____
EMPLEADO O MIEMBRO

FECHA DE _____
FIRMA MES / DÍA / AÑO

PARA USO EXCLUSIVO
de FDL - Fecha efectiva:
/ /

Aviso Importante para los Empleados Casados: Si usted reside en AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA o WI y usted designa a una persona otra que su cónyuge como beneficiario principal, el consentimiento de su cónyuge será necesario para permitir a su cónyuge renunciar a sus derechos sobre cualquier interés de propiedad comunitaria en los beneficios. Le proporcionamos un espacio aquí abajo para la firma de su cónyuge. El pago de la indemnización puede ser diferido o cuestionado a no ser que su cónyuge firme.

Consentimiento del Cónyuge sólo para Bienes Inmuebles Comunitarios: Por la presente autorizo al Beneficiario Principal designado por mi cónyuge y entiendo que este consentimiento suplanta cualquier previo consentimiento del cónyuge bajo este plan.

Firma del Cónyuge _____ Fecha _____ El empleado no tiene cónyuge legal

Beneficiario Principal: El beneficiario es la(s) persona(s) que usted designa para recibir las indemnizaciones por fallecimiento. Puede designar a más de un beneficiario. **Si usted especifica porcentajes de indemnización, el total debe ser equivalente a 100%.** Si usted no especifica los porcentajes de indemnización, las ganancias serán pagaderas en partes iguales a los beneficiarios principales que le sobrevivan.

Beneficiario Contingente: El beneficiario contingente es la(s) persona(s) que usted designa para recibir las indemnizaciones por fallecimiento si ningún beneficiario principal le sobrevive. **Si usted especifica los porcentajes de indemnización, el total debe ser equivalente a 100%.**

No hay beneficiario: Si usted no designa a un beneficiario, o si el beneficiario no le sobrevive, pagaremos las indemnizaciones de fallecimiento en el orden de supervivencia mostrado en su certificado de grupo.