



# BENEFICIARIO PARA LA COBERTURA DE LA VIDA

\_\_\_\_\_ Nueva membresía  
\_\_\_\_\_ Cambio de beneficiario  
\_\_\_\_\_ Cambio de nombre / **NOMBRE ANTERIOR REQUERIDO** \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO Y COBERTURA SON SOLO PARA MIEMBROS DE MEA.**

Apellido **LEGAL** \_\_\_\_\_ Primer nombre **LEGAL** \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
ID DE EMPLEADO # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## SEGURO BASIC LIFE/AD&D

Se proporciona una póliza de seguro básica de vida y ad&d de \$10,000 con esta membresía (*subs/empleados por hora, pasantes y residentes no elegibles para el seguro*). **Los miembros del MEA deben ser a tiempo completo o a tiempo parcial, trabajando activamente 18.75 horas o más por semana.**

De acuerdo con las condiciones del Seguro Básico de Vida y seguro de muerte accidental y desmembramiento (Política de grupo #648015-C), Por la presente revoco cualquier designación anterior de beneficiario(s) primario(s) y beneficiario(s) contingente(s) (si existe) y designo como beneficiario(s) principal(es) y beneficiario(s) contingente(s) (si existe) en caso de fallecimiento del asegurado, lo siguiente: **(No borre o intente hacer correcciones; utilice una nueva forma.)**

### Designación de Beneficiario Primario

Nombre completo (último, primero, inicial medio)	Relación	Fecha de nacimiento	Género M/F	Porcentaje
				<b>TOTAL: 100%</b>

El pago se realizará en partes iguales o todas al sobreviviente a menos que se indique lo contrario.  
En el caso de que los beneficiarios primarios predecease sean los asegurados, designo como beneficiario(s) contingente(s)

### Designación de Beneficiario Contingente

Nombre completo (último, primero, inicial medio)	Relación	Fecha de nacimiento	Género M/F	Porcentaje
				<b>TOTAL: 100%</b>

El pago se realizará en partes iguales o todas al sobreviviente a menos que se indique lo contrario.  
Si ningún beneficiario o beneficiario contingente designado vivirá después de la muerte del asegurado, la cantidad pagadera en razón de la muerte del asegurado será pagadera según lo dispuesto en la Política de Grupo.

## ACUERDO Y FIRMAS

A lo mejor de mi conocimiento y creencia, la información proporcionada por mí es verdadera y completa. He leído o me han leído el contenido de este formulario. Me doy cuenta de que esta aplicación se convertirá en parte del contrato de seguro y que cualquier declaración falsa o tergiversación puede resultar en la pérdida de cobertura proporcionada.

**Entiendo y acepto que cualquier seguro solicitado no surtirá efecto a menos y hasta que haya cumplido con los requisitos de membresía de MEA. Acepto notificar a la Asociación de Educación Mesquite de manera oportuna cualquier cambio en el beneficiario. De lo contrario, entiendo que el beneficiario que aparece en la lista es el que recibirá los ingresos del seguro.**

También entiendo que cualquier persona, que, con la intención de defraudar o saber que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una aplicación o un reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 6/29/22

## INFORMACIÓN GENERAL DEL BENEFICIARIO

Puede encontrar útiles las siguientes definiciones para completar su formulario de Designación de Beneficiario.

**Beneficiario primario:** Su beneficiario principal debe ser la(s) persona(s) u organización que desea recibir los ingresos del seguro. Usted puede tener los ingresos divididos entre varios beneficiarios primarios. Para ello, debe indicar qué porcentaje de los ingresos desea que reciban. El total de acciones debe ser igual al 100%.

**Beneficiario contingente:** Su beneficiario contingente debe ser la(s) persona(s) u organización que desea recibir los ingresos del seguro si su(s) beneficiario(s) principal(es) (ver definición arriba) predecease(s) el asegurado. Usted puede tener los ingresos divididos entre varios beneficiarios contingentes. Para ello, debe indicar qué porcentaje de los ingresos desea que reciban. El total de acciones debe ser igual al 100%.

### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

1. Rellene el nombre del asegurado o propietario (información del empleado), ubicación/campus y firme y fecha el formulario. **NO BORRE NI INTENTE HACER CORRECCIONES EN ESTE FORMULARIO; UTILICE UN NUEVO FORMULARIO.**
2. Rellene el(los) Beneficiario(s) primario(s) y el(los) beneficiario(s) contingente(s), si lo hubiera. Para cada Beneficiario Primario y Contingente listado, ingrese el relación (cuando la relación del beneficiario no sea por sangre o matrimonio, la relación debe mostrarse como "no relacionada") y el porcentaje de la participación (todas las acciones deben sumar el 100%).
3. El propietario de la cobertura (el empleado) debe firmar y fechar el formulario en los espacios proporcionados. Conserve una copia para sus registros.
4. Entregue el formulario completado al empleador (FORMULARIO DE VUELTA A LA OFICINA DE MEA).

Si desea nombrar a más beneficiarios de los que este formulario prevé, asegure una copia adicional. Complete su lista de beneficiarios en ese formulario.

Adjunte el formulario adicional al primero, indicando claramente en cada formulario el número de formularios adicionales adjuntos. Por ejemplo, si se utilizan tres formas, numera los formularios de la siguiente manera: 1 de 3, 2 de 3 y 3 de 3.

Es importante que revise periódicamente su designación de beneficiario para asegurarse de que la información del beneficiario que proporcionó esté actualizada.

Usted puede cambiar o revocar su designación de beneficiario en cualquier momento completando un nuevo formulario de Designación de Beneficiario.