

Formulario de designación de beneficiario

Sección sobre el Empleador/Grupo (Para ser completado por el empleador/administrador del plan. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco "**").

*Nombre del Empleador/Grupo: Identificación del grupo:

Sección sobre el Empleado/Miembro (Utilizar letra clara. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco "**").

*Apellido: *Nombre: Inicial del segundo nombre:

*N.º de seguro social: *Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): *Género: *Estado civil:

*Dirección: Dirección de correo electrónico:

*Ciudad: *Estado: *Código postal: Teléfono: ()

Beneficios para el beneficiario por fallecimiento (El derecho a modificar el beneficiario se reserva para el asegurado).

Nota importante: AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA y WI son estados de propiedad comunitaria. Si usted reside en un estado de propiedad comunitaria y designa como beneficiario a otra persona diferente de su cónyuge, la ley estatal exige que su cónyuge brinde su consentimiento para tal designación. Si no obtiene el consentimiento de su cónyuge para la(s) precedente(s) designación(es), el procedimiento podría no entrar en vigencia.

El uso del término "cónyuge" en este formulario hace referencia a la persona con quien se encuentra legalmente casado, su pareja de hecho o el equivalente, según lo reconoce y permite la ley federal o la ley estatal en el estado donde reside.

Sujeto a las condiciones de los contratos del grupo, entre Mutual of Omaha o una empresa asociada con Mutual of Omaha y el empleador mencionado, solicito que el siguiente beneficiario (o los siguientes beneficiarios) se reemplace en el(los) contrato(s) mencionado(s) como mi(s) beneficiario(s) designado(s), en lugar de todos y cada uno de los beneficiarios previamente designados por mí.

En caso de que se designe a más de un beneficiario, todos compartirán los beneficios de forma equitativa, a menos que se aclare lo contrario a continuación. Si se indican los porcentajes de los beneficios, deben cubrir un total del 100 % para los Beneficiarios Primarios y 100 % para los Beneficiarios Secundarios. A menos que se indique expresamente lo contrario, si cualquier beneficiario designado a continuación fallece antes que yo, el porcentaje que ese beneficiario hubiera recibido si yo hubiera fallecido antes, se pagará de forma equitativa al beneficiario o los beneficiarios designados restantes. En caso de que ningún beneficiario sobreviviera luego de mi fallecimiento, será denominado como prescrito en el contrato grupal.

Datos de designación del beneficiario principal del seguro de vida básico

Apellido	Nombre	Relación con el asegurado	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección del beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Porcentaje del beneficio (%)
Porcentaje total:					100%

Datos de designación del beneficiario secundario del seguro de vida básico

Apellido	Nombre	Relación con el asegurado	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección del beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Porcentaje del beneficio (%)
Porcentaje total:					100%

Datos de designación del beneficiario principal del seguro de vida voluntario

Apellido	Nombre	Relación con el asegurado	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Dirección del beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Porcentaje del beneficio (%)
Porcentaje total:					100%

Datos de designación del beneficiario secundario del seguro de vida voluntario

Apellido	Nombre	Relación con el asegurado	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Dirección del beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Porcentaje del beneficio (%)
Porcentaje total:					100%

Acuerdo y Firma

Comprendo que esta Designación de beneficiario se aplicará a todos los contratos de seguros que me otorgue Mutual of Omaha o una empresa asociada a Mutual of Omaha, a menos que yo realice una designación por separado para cada cobertura, ya sea en la fecha de esta designación o en una fecha posterior. Asimismo, comprendo que esta Designación de beneficiario está sujeta a modificaciones según lo dispuesto en el contrato grupal.

Al firmar a continuación, afirmo que (a) comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones de este formulario según se indicó anteriormente; y (b) esta Designación de beneficiario tendrá vigencia a partir de la fecha de su presentación.

Firma del Empleado/Miembro _____ Fecha _____

Consentimiento de Propiedad Comunitaria - Debe completarlo el cónyuge del Empleado/Miembro, si corresponde

Al firmar a continuación, yo, _____ (ESCRIBA SU NOMBRE COMPLETO), doy mi consentimiento para la(s) designación(es) de beneficiario(s) precedentes.

Firma del cónyuge _____ Fecha _____