

Para que lo llene el Departamento de Recursos Humanos

N.º de grupo 172958	División	Categoría de facturación	Fecha de contratación
-------------------------------	----------	--------------------------	-----------------------

Para que lo llene el solicitante

- Solicitar cobertura Cambiar de nombre Nombre anterior _____
 Añadir dependiente Cancelar dependiente Fecha de adición/cancelación _____
 Cambiar de beneficiario **Llene la sección del beneficiario**

Su nombre completo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Puesto/profesión	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del empleador Nick M B Ent LLC DBA Black Oilfield Services	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 con su Departamento de Recursos Humanos las opciones de cobertura, los mínimos y los máximos disponibles para usted y los requisitos de la Evidencia de Asegurabilidad, si procede.

Seguro de Vida

- Seguro de Vida Básico con AD&D (pagado por el empleador)
 Cantidad solicitada del Seguro de Vida Extra con AD&D (pagado por el empleado) \$ _____

Seguro de Vida para Dependientes

- Cantidad solicitada del Seguro de Vida con AD&D para el cónyuge (pagado por el empleado) \$ _____
 Cantidad solicitada del Seguro de Vida con AD&D para el/los hijo(s) (pagado por el empleado) \$10,000

Seguro por Incapacidad de Corto Plazo

- Seguro por Incapacidad de Corto Plazo (pagado por el empleado)

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo

- Seguro por Incapacidad de Largo Plazo (pagado por el empleado)

Su nombre completo

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 lo contrario 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	Número de Seguro Social <i>si lo sabe</i>	Parentesco	% del beneficio*
Nombre completo — Secundario	Dirección	Fecha de nacimiento	N.º de teléfono	Número 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. Confirmando que las declaraciones incluidas en la presente son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y entiendo que en ellas se basa cualquier cobertura que yo reciba a través de la(s) Póliza(s) colectiva(s). Entiendo que toda tergiversación u omisión de información que sea esencial para la emisión de cobertura puede usarse como causa de rescisión de mi seguro y/o denegación del pago de reclamación. Mientras esté pendiente mi solicitud de inscripción, acepto informar a Standard Insurance Company (The Standard) sobre cualquier cambio en mi estado de salud. Acepto que, si mi solicitud es aprobada por The Standard, la fecha de entrada en vigencia de cualquier cobertura será determinada de conformidad con los términos de la(s) Póliza(s) colectiva(s), incluyendo cualquier requisito de trabajo activo pertinente, y que mi cobertura estará sujeta a todos los términos y condiciones de la(s) Póliza(s) colectiva(s).

Firma del solicitante (Miembro/empleado)

Fecha

Su nombre completo

Información del beneficiario

- 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 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 a 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.