



DENTAL · VISION · LIFE · DISABILITY

FORMULARIO DE BENEFICIARIOS DE SEGURO GRUPAL

—Escriba o imprima claramente en tinta negra o azul—

INSTRUCCIONES:

COMPLETE ESTE FORMULARIO SI: (1) debe designarse más de un beneficiario bajo el certificado de seguro; o (2) se prevé que la designación(es) actual(es) del beneficiario para los ingresos pagaderos en caso de fallecimiento del Asegurado bajo el certificado de seguro se reemplazara por la(s) nueva(s) designación(es).

- Debe utilizar un formulario distinto de beneficiario de seguro grupal para cada certificado de seguro.
- **No** se aceptan tachones en los formularios.
- **BENEFICIARIO(S) SOBREVIVIENTE(S):** A menos que se disponga otra cosa, todos los beneficiarios sobrevivientes en cada clase compartirán de manera equitativa y ningún beneficiario en una clase subsiguiente recibirá un pago a menos que todos los beneficiarios en la clase anterior hayan fallecido antes del asegurado.
- Si proporciona toda la información solicitada, Renaissance* podrá procesar con prontitud el pago de un beneficio por fallecimiento en caso de fallecimiento de los asegurados y minimizará solicitarle información adicional.
- **BENEFICIARIO(S) DIVIDIDO(S):** Si desea que los ingresos se dividan entre los beneficiarios, utilice porcentajes que totalicen el 100%. No utilice cantidades en dólares.
- **HIJOS DE LOS ASEGURADOS:** La regulación de los seguros requiere que solicitemos información específica de identificación para todos los niños que se indiquen como beneficiarios. Por lo tanto, "hijos del asegurado" no corresponde a una designación aceptable. Proporcione el nombre de cada hijo vivo e incluya su sexo, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de seguro social, dirección y parentesco con el asegurado. Asegúrese de completar un nuevo formulario de beneficiario de seguro grupal para agregar más hijos nacidos o adoptados legalmente.
- El período máximo para la supervivencia diferida es de 90 días.
- El cónyuge del titular del certificado que reside en uno de los estados donde se aplica el principio de bienes matrimoniales debe firmar el Formulario de Beneficiario de Seguro Grupal: AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA, WI.
- Si el seguro grupal es a través del empleo, el empleador no puede ser nombrado como beneficiario.
- Es importante que revise periódicamente la designación de sus beneficiarios para asegurarse de que la información que proporcione de los beneficiarios esté actualizada.
- Usted puede cambiar o revocar su designación de beneficiarios en cualquier momento completando un nuevo Formulario de Beneficiario de Seguro Grupal.

**El término Renaissance incluirá a Renaissance Life & Health Insurance Company Of America y a Renaissance Life & Health Insurance Company of New York.*

SECCIÓN I | INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Asegurado (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre):		Número de Seguridad Social:	
		Número de teléfono:	
Dirección (Incluya Apto. / Suite):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre del Empleador/Grupo:	Número de póliza grupal:	Correo electrónico:	

SECCIÓN II | BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES)

	Nombre del beneficio(s) (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	Masculino (M) Femenino (F)	Parentesco	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguridad Social	% de beneficio
1.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
2.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
3.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

EL PORCENTAJE DE BENEFICIOS DEBE SUMAR: 100%*

	Dirección del beneficiario(s) (Incluye No. de Apto/Suite)	Número de teléfono	Ciudad	Estado	Código Postal
1.					
2.					
3.					

SECCIÓN III | BENEFICIARIO(S) SECUNDARIO(S)

*Es mi deseo que las siguientes personas reciban ingresos **SOLO** si el (los) beneficiario(s) principal(es) declarado(s) anteriormente fallecieron antes que el asegurado.*

	Nombre del(los) beneficio(s) secundario(s) (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	Masculino (M) Femenino (F)	Parentesco	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguridad Social	% de beneficio
1.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
2.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
3.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

EL PORCENTAJE DE BENEFICIOS DEBE SUMAR: 100%*

	Dirección del/los beneficiario(s) secundario(s) (Incluye No. de Apto/Suite)	Número de teléfono	Ciudad	Estado	Código Postal
1.					
2.					
3.					

SECCIÓN IV | BENEFICIARIO(S) SECUNDARIO(S) (CONTINUADO)

*Agregue futuros hijos como Beneficiarios divididos: Sí No (Consulte la definición de hijo en su certificado de seguro).

Si elige agregar futuros hijos como Beneficiarios divididos, todos los hijos actuales y futuros se agregarán como beneficiarios con el porcentaje de beneficio dividido en partes iguales entre todos los hijos beneficiarios.

FIDEICOMISO COMO BENEFICIARIO: (Complete esta sección solo si designa un fideicomiso como el beneficiario; el documento del fideicomiso registrará la disposición de los ingresos del beneficio por fallecimiento. Debe existir un documento válido de fideicomiso antes de nombrar al fideicomiso como el Beneficiario.)

Debe marcar uno: Primario Secundario

Debe marcar uno: Fideicomiso revocable Fideicomiso irrevocable

Nombre del Fideicomiso _____ Fecha del Fideicomiso (mm/dd/aaaa) _____ Número de identificación fiscal del Fideicomiso _____

Nombre(s) del Fideicomisario _____ Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) _____ Porcentaje _____

A menos que se disponga otra cosa, todos los beneficiarios de una clase que sobrevivan al Asegurado compartirán el beneficio por fallecimiento en partes iguales, y ningún beneficiario en una clase posterior recibirá un pago, a menos que todos los beneficiarios de la clase anterior hayan fallecido antes que el Asegurado.

SECCIÓN V | FRASEOLOGÍA SUGERIDA PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo	Idioma
1. Herencia del asegurado	Ejecutores o Administradores de la Herencia del Asegurado.
2. Un beneficiario de una clase	Mary Doe, esposa (no Sra. John Doe)
3. Dos o más beneficiarios de una clase	Jane Doe, hija, y James Doe, hijo
4. Partes desiguales	Jane Doe, hija, tres cuartas partes (75%) y James Doe, hijo, una cuarta parte (25%)
5. La parte del beneficiario primario fallecido pasa al beneficiario secundario y no se divide entre los beneficiarios primarios sobrevivientes	Jane Doe, hija, y James Doe, hijo, sin embargo, si Jane Doe muere pasará a sus hijos.
6. Acreedor	ABC Bank, según los intereses que aparezcan; saldo, de haberlo, a _____.
7. Fideicomisario	ABC Bank, como fideicomisario en virtud del contrato de fideicomiso de fecha _____.
8. Administrador testamentario	Los administradores testamentarios calificados, en virtud de la última voluntad del Asegurado y el testamento

SECCIÓN VI | CONDICIONES DE DESIGNACIÓN

- ESTA DESIGNACIÓN ESTÁ SUJETA A CUALQUIER ASIGNACIÓN DE GARANTÍAS DEL CERTIFICADO PRESENTADO A Y ACEPTADOS POR RENAISSANCE, YA SEA ANTES O DESPUÉS DE LA FECHA DE ESTA DESIGNACIÓN.
- RENAISSANCE NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA POR EL BUEN USO DEL DINERO POR PARTE DE NINGÚN FIDEICOMISARIO, CUSTODIO, GUARDIÁN, EJECUTOR U OTRO BENEFICIARIO MENCIONADO EN ESTE INSTRUMENTO Y QUEDA EXONERADA DE TODA RESPONSABILIDAD AL REALIZAR PAGOS DE ACUERDO CON ESTA DESIGNACIÓN.
- SALVO QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO EN ESTE INSTRUMENTO, EL TITULAR DEL CERTIFICADO SE RESERVA EL DERECHO, SIN NECESIDAD DE CONTAR CON EL CONSENTIMIENTO DE CUALQUIER BENEFICIARIO, DE REVOCAR ESTA DESIGNACIÓN Y CAMBIAR AL BENEFICIARIO EN CUALQUIER MOMENTO POR MEDIO DE UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA EN SU OFICINA CENTRAL. DICHO CAMBIO SE APLICARÁN SIN PERJUICIO DE RENAISSANCE EN RAZÓN DE CUALQUIER PAGO REALIZADO O ACCIÓN TOMADA POR LA MISMA ANTES DE PRESENTAR TAL CAMBIO EN SU OFICINA CENTRAL.
- LA EMPRESA TIENE DERECHO A NEGARSE A PRESENTAR CUALQUIER DESIGNACIÓN QUE NO CUMPLA CON SUS REGLAS Y REGULACIONES.
- UNA VEZ RENAISSANCE RECIBA LA DESIGNACIÓN, ESTA ENTRARÁ EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA DE SU FORMALIZACIÓN POR PARTE DEL TITULAR DEL CERTIFICADO. HASTA QUE SE RECIBA LA DESIGNACIÓN, RENAISSANCE NO SERÁ RESPONSABLE DE NINGUNA ACCIÓN QUE TOMA DE BUENA FE CONTRARIA A LAS INSTRUCCIONES CONTENIDAS EN LA DESIGNACIÓN.
- TODAS LAS DESIGNACIONES ESTÁN SUJETAS A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA GRUPAL.

SECCIÓN VII | DESIGNACIONES

ESTA DESIGNACIÓN ESTÁ SUJETA AL SIGUIENTE PÁRRAFO QUE SELECCIONE :

SUPERVIVENCIA DIFERIDA: si el beneficiario designado sobrevivirá al Asegurado pero fallecerá antes del _____ día (no podrá exceder 90 días) después del fallecimiento del Asegurado (sin contar el día del fallecimiento), los ingresos se pagarán de la misma manera que si el beneficiario hubiera fallecido antes que el Asegurado.

***PAGO DE LA PARTE DE UN MENOR DE EDAD AL FIDEICOMISARIO**—Cualquier pago que se adeude a un hijo menor de veintiún (21) años se hará a _____, él/ella reside actualmente en _____ como fiduciario en virtud de un acuerdo de fideicomiso de fecha _____

**Esta opción no puede seleccionarse a menos que usted y el Fideicomisario electo hayan firmado un Acuerdo de Fideicomiso antes de que se nombre al Fideicomisario en este formulario. Renaissance no aceptará esta designación a menos que la fecha del Acuerdo de Fideicomiso aparezca en este formulario.*

X _____
Firma Fecha de firma(mm/dd/aaaa)

X _____
Testigo (Recomendado en todos los estados) Fecha de la firma(mm/dd/aaaa)

Titular del certificado Cónyuge, si es residente de en uno de los estados donde se aplica el principio de bienes matrimoniales (Consulte la página 1)

¿Sabe que si el fallecimiento ocurre y usted nombró a un menor de edad (una persona menor de veintiún años) o a sus herederos como beneficiarios, puede resultar necesario que se nombre a un tutor o representante legal antes de que se pueda pagar cualquier beneficio por fallecimiento? Esto podría significar gastos legales por parte del beneficiario y una posible demora en el pago del seguro. Agradeceremos que tome esto en cuenta al nombrar a su beneficiario. Es posible que desee consultar a un abogado con respecto a una designación conforme a la Ley Uniforme de Transferencias a Menores de su estado, si está disponible.

EL ASEGURADO NO ESCRIBA EN ESTA CASILLA. SOLO PARA USO DE RENAISSANCE:

El original se presentó a Renaissance el (mm/dd/aaaa): _____

Nombre impreso: _____ Firma: _____



Productos suscritos por Renaissance Life & Health Insurance Company of America y en Nueva York por Renaissance Life & Health Insurance Company of New York

Apartado Postal 1596, Indianapolis, IN 46206 | RenaissanceFamily.com | Agentes: 800-963-4596 | Servicio al cliente: 888-358-9484