



Apartado de correos
14334
Lexington KY 40512



**Designación de beneficiarios/
Formulario de cambio**

TODAS LAS FIRMAS DEBEN ESTAR EN TINTA NEGRA

POR FAVOR, ESCRIBA A MÁQUINA O ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON CLARIDAD.

(Se debe presentar el formulario completo, debidamente completado, firmado y fechado por el Asegurado o los cambios no se pueden procesar).

NOMBRE DEL EMPLEADOR/TITULAR DEL PLAN: Fondo de Reembolso de Atención Médica de CCPU	NÚMERO DE GRUPO 076878
NOMBRE DEL PROVEEDOR (APELLIDO, NOMBRE, M.)	SEGURIDAD SOCIAL #

DIRECCIÓN DEL HOGAR DEL PROVEEDOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

Indique la cobertura a la que se aplican los beneficiarios: Vida Básic Vida Voluntaria AD&D Accidente Todos los beneficios

AUTORIZO a Guardian o Fondo de Atención Médica de CCPU a registrar y considerar a las personas/instrucciones que he nombrado en este beneficiario para los beneficios bajo el plan de beneficios del proveedor correspondiente.
(POR FAVOR, COMPLETE SOLO LAS SECCIONES APROPIADAS).

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO: *(Complete para designar un beneficiario o cambiar la designación del beneficiario); Incluya el nombre propio completo, la relación y el número de seguro social del beneficiario (s) propuesto(s), es decir, Mary A. Doe, y la relación, es decir, esposo, esposa, amigo, hijo, hija. Consulte el archivo adjunto de preguntas frecuentes.*

Nombre	Primario <input type="checkbox"/> Contingente <input type="checkbox"/>	Relación	%	Seguridad social #	Fecha de nacimiento
Dirección		Teléfono#	Correo electrónico		
Nombre	Primario <input type="checkbox"/> Contingente <input type="checkbox"/>	Relación	%	Seguridad social #	Fecha de nacimiento
Dirección		Teléfono#	Correo electrónico		
Nombre	Primario <input type="checkbox"/> Contingente <input type="checkbox"/>	Relación	%	Seguridad social #	Fecha de nacimiento
Dirección		Teléfono#	Correo electrónico		
Nombre	Primario <input type="checkbox"/> Contingente <input type="checkbox"/>	Relación	%	Seguridad social #	Fecha de nacimiento
Dirección		Teléfono#	Correo electrónico		

FIRMA DEL ASEGURADO X	SE REQUIERE LA FIRMA DE UN TESTIGO (ALGUIEN QUE NO SEA EL BENEFICIARIO)	FECHA X
--	---	--------------------------

Consentimiento estatal de bienes gananciales para residentes de Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington o Wisconsin. Si está casado y vive en un estado de bienes gananciales, su cónyuge puede tener un reclamo legal por una parte del beneficio del seguro de vida según la ley estatal. Si nombra a alguien que no sea su cónyuge como beneficiario, puede hacer que su cónyuge firme a continuación para renunciar a sus derechos sobre cualquier interés de propiedad comunitaria en el beneficio.

Como cónyuge del Empleado asegurado, soy consciente de que mi cónyuge, el Empleado mencionado anteriormente, ha designado a alguien que no sea yo para que sea el beneficiario del seguro de vida grupal bajo la póliza anterior. Por la presente, doy mi consentimiento a dicha designación y renuncio a cualquier derecho que pueda tener sobre los ingresos de dicho seguro de vida en virtud de las leyes de propiedad comunitaria aplicables. Entiendo que este consentimiento y renuncia reemplaza cualquier consentimiento o renuncia conyugal anterior bajo este plan.

Firma del cónyuge del proveedor _____

Menores de edad nombrados como beneficiarios

Atención: Si alguno de los Beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 o 21 años, dependiendo de su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad del Tutor para pagar los ingresos del seguro de vida directamente a ellos durante el tiempo que sigan siendo menores de edad. Las leyes de la Ley Uniforme Estatal de Transferencias a Menores (UTMA), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal del pago de estos ingresos, o una parte de los mismos, al Custodio designado por el beneficiario menor para que lo administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al hijo adulto, quien puede usar las ganancias de la manera que elija.

¿Alguno de los Beneficiarios identificados anteriormente es considerado menor de edad en el estado en el que reside?

Marque una sola casilla.

Sí No

Si su respuesta es "Sí", por favor nombre al Custodio de UTMA legalmente designado para todos los Beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de beneficiarios menores de edad: Nombre:

Número de Seguro Social (o FEIN/TIN # si es una entidad corporativa):

Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa) (si es una persona):

Dirección/Ciudad/

Estado/Código Postal:

Teléfono:

TODAS LAS FIRMAS DEBEN ESTAR EN TINTA NEGRA

CAMBIO EN EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO <i>(Complete solo si el nombre ha sido cambiado legalmente).</i>			
DE (ERA)	A (AHORA ES)	SEGURIDAD SOCIAL #	FECHA
CAMBIO EN EL NOMBRE DEL ASEGURADO <i>(Complete solo si el nombre ha sido cambiado legalmente).</i>			
DE (ERA)	A (AHORA ES)	SEGURIDAD SOCIAL #	FECHA
FIRMA DEL ASEGURADO			FECHA
CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO DE DEPENDIENTE Y/O EL NOMBRE DEL ASEGURADO DEBE INFORMARSE AL DEPARTAMENTO DE SOPORTE DE CAMPO DEL GRUPO EN EL FORMULARIO CORRESPONDIENTE			
ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL TUTOR/O EL TITULAR DEL PLAN ÚNICAMENTE.			
Esto es para certificar que se han registrado los siguientes cambios en relación con el seguro para el asegurado mencionado anteriormente.			
<input type="checkbox"/> El BENEFICIARIO ha sido modificado elegible	<input type="checkbox"/> Se ha cambiado el NOMBRE del BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Proveedor recientemente elegible	
Grabado por _____		F e c h a _____	

(12/20)

FORMULARIO DE REENVÍO: Por correo electrónico: CCPU Health Care Fund en benefits@ccpuhealth.org o por correo: **CCPU - Life Beneficiary Form PO Box 57027 Irvine, CA 92619**

Preguntas Frecuentes FAQ

- Beneficiario principal:** Es la primera opción para recibir su beneficio de seguro. Si nombra a más de un beneficiario principal y un beneficiario fallece antes que el asegurado, esa porción del beneficio se distribuirá en partes iguales entre los beneficiarios sobrevivientes.
 - Beneficiario contingente:** Es la segunda opción para recibir su beneficio de seguro si (todos) los beneficiarios principales no están vivos en el momento de la muerte del proveedor. Si nombra a más de un beneficiario contingente y un beneficiario fallece antes que el asegurado, esa porción del beneficio se distribuirá en partes iguales entre los beneficiarios sobrevivientes.
 - Si se designa más de un beneficiario primario y/o contingente** y no se ha designado ningún porcentaje, la liquidación se realizará en partes iguales a aquellos de los beneficiarios designados que sobrevivan al asegurado, a menos que se disponga lo contrario en este documento. Los porcentajes de beneficiarios principales deben sumar el 100% y los porcentajes de beneficiarios contingentes deben sumar el 100%.
 - Si desea que se desembolsen los beneficios de su seguro de acuerdo con su testamento,** debe designar a su patrimonio como beneficiario. Si desea nombrar a un patrimonio como beneficiario, necesitará la siguiente documentación: Cartas de nombramiento nombrando al albacea/administrador/representante personal y el número de identificación fiscal del patrimonio.
 - Si desea nombrar a un fideicomiso** como beneficiario, necesitará la siguiente documentación: El nombre del fideicomiso, la fecha en que se estableció el fideicomiso (debe ser anterior a la fecha en que se presenta este formulario), el nombre y la dirección de uno de los fideicomisarios (si es posible)
 - Si desea nombrar a una organización u organización benéfica** como beneficiario, necesitará la siguiente información: Nombre e información de contacto (número de teléfono, dirección, etc.).
 - Beneficiario(s) menor(es)-** Cuando designa a menores como beneficiarios, es importante entender que los beneficios del seguro no se entregarán a un hijo menor de edad. Sin embargo, pueden pagarse a un tutor designado por el tribunal de los bienes del niño. Las regulaciones que rigen a los beneficiarios menores varían según el estado.
 - Si desea designar a su pareja de hecho** como su beneficiario, debe completar un formulario de beneficiario. Una pareja de hecho no se considera un cónyuge legal en la mayoría de los estados y debe ser nombrada específicamente como beneficiaria.
- ❖ **Esta información no está destinada a ser utilizada como asesoramiento legal. Es posible que desee obtener la asistencia de un abogado para ayudar a garantizar que su designación de beneficiario refleje correctamente sus intenciones.**