

Life insurance beneficiary form

1: Employee information

Last Name ▾	First	Middle	Date of Birth (month-day-year)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Street ▾	Apt #		Telephone ()	Cell Phone ()
City ▾	County	State	Zip	Social Security # ▾ - -
				Email

2: Primary life insurance beneficiaries

If you name more than one primary beneficiary but leave "Share of Benefit" blank, they will share the benefit equally. If one of them dies before you do, his/her share will be divided equally between the other primary beneficiaries (unless you say otherwise). The same rules apply to your secondary beneficiaries. *If you need to add more beneficiaries, use another piece of paper.*

All shares must add up to 100%

Name	Relationship	Social Security # (if available)	Date of Birth	Share of Benefit
		- -		%
Address			Phone #	
		- -		%
Address			Phone #	
		- -		%
Address			Phone #	
		- -		%
Address			Phone #	

3: Secondary life insurance beneficiaries

Please list who you want to receive your life insurance benefit in the event your primary beneficiary(s) listed above do not survive you.

Name	Relationship	Social Security # (if available)	Date of Birth	Share of Benefit
		- -		%
Address			Phone #	
		- -		%
Address			Phone #	
		- -		%
Address			Phone #	

4: Signature

Coverage is dependent upon the Plan's eligibility requirements and all Plan benefits are subject to the rules adopted by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. This form replaces all previous beneficiary designations and must be signed and dated to be valid; it will not become effective until received by UNITE HERE HEALTH.

Print Name _____

Signature _____ Date _____

1: Información sobre el empleado

Apellido ▾	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección ▾	Apt #	Teléfono ()	Celular ()	
Cuidad ▾	Condado	Estado	Código postal	Numero de seguro social ▾ - -
Dirección de correo electrónico				

2: Beneficiarios primarios del seguro de vida

Si usted nombra más de un beneficiario principal, pero deja en blanco la sección "Distribución de los beneficios" (Share of Benefit), estos compartirán los beneficios de forma equitativa. Si uno de ellos fallece antes que usted, su parte se dividirá de forma equitativa entre los demás beneficiarios principales (a menos que usted indique lo contrario). Las mismas reglas se aplican a sus beneficiarios secundarios. *Si necesita agregar más beneficiarios, use otra hoja de papel.*

La suma de todas las partes deberá ser igual al 100%

Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	

3: Beneficiarios secundarios del seguro de vida

Por favor anote a quién usted desea que reciba su beneficio del seguro de vida en el caso de que su(s) beneficiario(s) primario(s) listado(s) más arriba no lo sobreviva(n) a usted.

Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	
Nombre	Parentesco	# de Seguro Social (si está disponible) - -	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio %
Dirección			Teléfono	

4: Firma

La cobertura está sujeta a los requerimientos de elegibilidad del Plan, y todos los beneficios del Plan están sujetos a las reglas adoptadas por el Consejo Administrativo de UNITE HERE HEALTH. Este formulario reemplaza todas las designaciones de beneficiarios previas, y debe ser firmado y fechado para ser válido, y no será efectivo hasta ser recibido por la oficina del UNITE HERE HEALTH.

Nombre en imprenta _____

Firma _____ Fecha _____