

**Para que lo llene el Departamento de Recursos Humanos**

N.º de grupo <b>170897</b>	División	Categoría de facturación	Fecha de contratación
-------------------------------	----------	--------------------------	-----------------------

**Para que lo llene el solicitante**

- Solicitar cobertura       Cambio de nombre      Nombre anterior \_\_\_\_\_  
 Añadir dependiente       Cancelar dependiente      Fecha de adición/cancelación \_\_\_\_\_  
 Restitución

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 <b>VineBrook Homes, LLC</b>	Horas trabajadas a la semana	¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha consumido tabaco en cualquiera de sus formas en los últimos 12 meses? Usted: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre completo del cónyuge		Fecha de nacimiento	

**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.

<p><b>Seguro por Accidentes</b>                  Seguro por Accidentes (pagado por el empleado)                  Elija cobertura para:  <input type="checkbox"/> Solo usted   <input type="checkbox"/> Usted y su cónyuge   <input type="checkbox"/> Usted y su(s) hijo(s) (sin cónyuge)   <input type="checkbox"/> Usted, su cónyuge e hijo(s)</p>
---

<p><b>Seguro por Enfermedades Graves</b>                  Seguro por Enfermedades Graves (pagado por el empleado)*  <input type="checkbox"/> Cantidad solicitada para el empleado* \$ _____  <input type="checkbox"/> Cantidad solicitada para el cónyuge \$ _____                  *Los hijos con derecho de participación están cubiertos automáticamente por el 50% de su cantidad de cobertura.</p>
---

<p><b>Seguro de Indemnización por Hospitalización</b>                  Seguro de Indemnización por Hospitalización (pagado por el empleado)                  Elija cobertura para:  <input type="checkbox"/> Solo usted   <input type="checkbox"/> Usted y su cónyuge   <input type="checkbox"/> Usted y su(s) hijo(s) (sin cónyuge)   <input type="checkbox"/> Usted, su cónyuge e hijo(s)                  Si solicita la cobertura del Seguro de Indemnización por Hospitalización para su cónyuge, ¿tiene su cónyuge un empleo remunerado o es capaz de desempeñar las tareas esenciales de una profesión?   <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p>
--

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%

**Para el Seguro por Accidentes, Enfermedades Graves e Indemnización por Hospitalización:**

Estos beneficios forman parte de pólizas de seguro con beneficios limitados. Estas pólizas son un complemento del seguro médico y no son un sustituto para la cobertura de gastos médicos mayores. No están destinadas a satisfacer el mandato individual de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act (ACA, por sus siglas en inglés)) o a proporcionar la cobertura mínima esencial requerida por la ACA. La falta de cobertura de gastos médicos mayores (u otra cobertura mínima esencial) podría dar lugar a un pago extra con sus impuestos.

### 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. Afirmando que he leído el aviso de fraude. 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.

### **Aviso de fraude**

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa relacionada con cualquier material factual incluido en la presente, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves, y se le pueden imponer multas cuantiosas al que los cometa.