

Formulario de designación de beneficiario

Por favor, guarde una copia para el asegurado.

Empleador _____ Número de grupo de AICK _____ Clase _____

Sección 1 – Información del asegurado (siempre complete esta sección)

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Número de Seguro Social _____
Apellido _____ Sufijo _____

Sección 2A – Designación del beneficiario principal

Esta designación de beneficiario aplicará a todos los beneficios de Advance Insurance Company of Kansas (AICK). De no ser así, usted debe indicar los beneficios a los que aplica el cambio:

- Seguro de vida a término básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)
- Seguro de vida a término voluntario (y AD&D, si aplica)
- Seguro voluntario de accidentes para el empleado/seguro familiar de accidentes

Información del beneficiario principal (quien recibe el beneficio después de la muerte del asegurado): Los beneficios se pagarán en partes iguales a las personas que aparecen abajo, a menos que usted lo indique de otra manera. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada con la información completa. Usted debe firmar y poner fecha a la hoja separada.

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Relación con el solicitante _____
Apellido _____ Sufijo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ o edad _____

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Relación con el solicitante _____
Apellido _____ Sufijo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ o edad _____

Sección 2B – Designación de beneficiario contingente (usted debe completar la Sección 2A si llena esta sección)

Información del beneficiario contingente [quien recibe el beneficio solo si el (los) beneficiario(s) en la Sección 2A muere(n)]: Si se enumera abajo a más de un beneficiario contingente, los beneficios se pagarán en partes iguales, a menos que usted indique lo contrario. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada con la información completa. Usted debe firmar y poner fecha a la hoja separada.

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Relación con el solicitante _____
Apellido _____ Sufijo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ o edad _____

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Relación con el solicitante _____
Apellido _____ Sufijo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ o edad _____

Sección 3 – Autorización (requiere firma y fecha)

Se requiere su firma

Firma del empleado asegurado

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Envíe el formulario completado al correo electrónico: csc-advance@advanceinsurance.com o por fax al 785-290-0727.