



Aetna Life Insurance Company

Designación de Beneficiarios

Vea al reverso antes de firmar esta solicitud. Sírvase conservar una copia para sus archivos.

Nombre del Poseedor de la Póliza Colectiva	Número de la Póliza Colectiva
Nombre y Dirección del Empleado o Jubilado	Número de Seguro Social del Empleado o Jubilado

De conformidad con los términos de las Pólizas Colectivas enumeradas en lo que antecede, por el presente yo solicito que cualquier suma que llegara a ser pagadera por motivo de mi muerte sea pagadera a los siguientes beneficiarios. Entiendo que esta designación producirá la revocación de todas las designaciones de beneficiarios y de todos los métodos de liquidación opcionales que yo hice previamente bajo dichas Pólizas. Si en esta Designación de Beneficiarios se menciona sólo una Póliza Colectiva de Seguro de Vida y si también estoy asegurado bajo una póliza de Seguro de Vida Suplementario y/o bajo una póliza de Seguro Colectivo por Muerte Accidental, esta designación se aplicará a dichas coberturas. Esta Designación de Beneficiarios está sujeta a todas las "Disposiciones" que figuran al dorso de este formulario.

Firma del Empleado o Jubilado	Fecha
-------------------------------	-------

Nombre y Dirección del Beneficiario	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario Primario*		
Parentesco	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000)	Porcentaje

Nombre y Dirección del Beneficiario	(Sírvase marcar una de las casillas)	<input type="checkbox"/> Beneficiario Primario*	<input type="checkbox"/> Beneficiario Contingente**
Parentesco	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000)	Porcentaje

Nombre y Dirección del Beneficiario	(Sírvase marcar una de las casillas)	<input type="checkbox"/> Beneficiario Primario*	<input type="checkbox"/> Beneficiario Contingente**
Parentesco	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000)	Porcentaje

Nombre y Dirección del Beneficiario	(Sírvase marcar una de las casillas)	<input type="checkbox"/> Beneficiario Primario*	<input type="checkbox"/> Beneficiario Contingente**
Parentesco	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año, Ejemplo 00/00/0000)	Porcentaje

*Si se nombra a más de una persona como beneficiario primario, los beneficiarios primarios compartirán en partes iguales a menos que se indique lo contrario en lo que antecede.

**Los Beneficiarios Contingentes recibirán los beneficios únicamente si todos los Beneficiarios Primarios han fallecido antes que el Asegurado. Si usted nombra a más de una persona como Beneficiario Contingente y asigna un 100% para cada una, sírvase indicar "contingente #1", "contingente #2", "contingente #3", etc. por orden de prioridad.

CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE (SE APLICA ÚNICAMENTE EN AQUELLOS ESTADOS EN LOS QUE EXISTE UNA LEY DE COMUNIDAD DE BIENES) - Vea los términos al dorso de este formulario.

Sírvase notar que un empleado o jubilado no tiene obligación alguna de completar la sección de este formulario para el consentimiento del cónyuge.

Tengo conciencia de que mi cónyuge, el Empleado o Jubilado nombrado anteriormente, ha designado a otra persona, y no a mí, para ser el beneficiario del seguro de vida colectivo bajo la póliza que antecede. Por estos medios, consiento a dicha designación y renuncio a los derechos que yo podría tener en relación a los beneficios de dicho seguro bajo las leyes de comunidad de bienes. Entiendo que este consentimiento y esta renuncia sustituyen a cualquier consentimiento del cónyuge o renuncia anterior bajo este plan.

Firma del Cónyuge _____ Fecha _____

Disposiciones

- A menos que se especifique de otra manera en este formulario de Designación de Beneficiarios, si cualquier beneficiario nombrado en este formulario fallece antes que yo, los beneficios del seguro de vida se pagarán en partes iguales al beneficiario o a los beneficiarios nombrados que me sobrevivan. Si ninguno de los beneficiarios nombrados me sobreviven, cualquier suma que llegue a ser pagadera bajo las mencionadas Pólizas Colectivas por motivo de mi muerte se pagarán de conformidad con los términos de las mencionadas Pólizas Colectivas.
- Si por medio de esta Designación de Beneficiarios se dispone el pago a un fideicomisario bajo las disposiciones de un fideicomiso, Aetna Life Insurance no tendrá la obligación de investigar los términos del fideicomiso, ni será responsable de conocer dichos términos. El pago hecho a los fideicomisarios y el recibo de pago hecho por ellos relevará totalmente a la mencionada Compañía de Seguros de toda responsabilidad en cuanto a dicho pago.
- Si usted reside en uno de los siguientes estados que tienen leyes de comunidad de bienes – Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, Washington, o Wisconsin – su cónyuge podría tener derecho legal de una parte del beneficio del seguro de vida bajo la ley estatal. Si usted nombra como beneficiario a una persona que no es su cónyuge, el pago del beneficio en caso de muerte podría ser aplazado hasta que se resuelva la reclamación de su cónyuge. Si usted nombra como beneficiario a una persona que no es su cónyuge, sería conveniente llenar la sección de consentimiento del cónyuge, por medio de la cual el cónyuge puede renunciar a sus derechos de comunidad de bienes del beneficio.

Instrucciones

- Por favor use un bolígrafo o pluma de tinta negra para llenar por completo este formulario.
- Si comete un error al completar este formulario, tache la información errónea, añada la información correcta y escriba sus iniciales en la sección que corrigió. **El material que ha sido imprimido en este formulario no podrá ser tachado o alterado de ninguna manera.**
- En todos los casos, el parentesco con el beneficiario y el número de seguro social del beneficiario tiene que incluirse con la designación de beneficiarios.
- Si nombra a un beneficiario contingente, fíjese que marque la casilla apropiada. Un Beneficiario Contingente recibirá beneficios únicamente si los Beneficiarios Primarios no sobreviven al asegurado. Si usted nombra a más de una persona como Beneficiario Contingente y asigna un 100% para cada una, sírvase indicar “contingente #1”, “contingente #2”, “contingente #3”, etc.
- Si nombra a una señora casada como beneficiario, escriba el nombre propio completo de la señora. **Por ejemplo:** use María L. Perez, no use Mrs. Alberto J. Perez. También, si este formulario va a ser firmado por una señora casada, la señora tiene que firmar su nombre propio completo.
- Si se nombra a un niño menor de edad como beneficiario, se tiene que proporcionar la fecha de nacimiento y el número de seguro social.
- Si se nombran dos o más beneficiarios, y los mismos no van a compartir los beneficios en partes iguales, escriba el porcentaje que cada beneficiario debe recibir en la casilla del formulario correspondiente. **No se debe escribir la cantidad en dólares y centavos. Al añadirse todos los porcentos que sean asignados a dos o más personas que hayan sido nombradas beneficiarios, la suma total de los mismos no podrá exceder de 100%.**
- Si se nombra como beneficiario a un fideicomisario, proporcione el nombre exacto del fideicomiso, la fecha del contrato del fideicomiso, y el nombre y la dirección del fideicomisario. **Por ejemplo:** The Alberto J. Perez Revocable Life Insurance Trust, con fecha del 1 de enero de 1994. Alberto Perez Trustee, 123 Apple Lane, Hartford, CT 06006.