



Underwritten by
 United of Omaha Life Insurance Company
 Mutual of Omaha Insurance Company
 Mutual of Omaha Affiliates

3300 Mutual of Omaha Plaza
 Omaha, NE 68175-0001
 Toll Free (800) 877-5176
 Fax (402) 997-1865

Formulario de designación de beneficiario

Sección sobre el Empleador/Grupo (Debe ser completada por el empleador/administrador del plan. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco ***).

*Nombre del Empleador/Grupo:

Identificación del grupo:

Sección sobre el Empleado/Miembro (Utilizar letra clara. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco ***).

*Apellido:

*Nombre:

Inicial del segundo nombre:

*N.º de seguro social:

*Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):

*Género:

*Estado civil:

*Dirección:

Dirección de correo electrónico:

*Ciudad:

*Estado:

*Código postal:

Teléfono: ()

Beneficios para el beneficiario por fallecimiento (El derecho a modificar el beneficiario se reserva para el asegurado).

Sujeto a las condiciones de los contratos del grupo, entre Mutual of Omaha o una empresa asociada a Mutual of Omaha y el empleador mencionado. Solicito que se reemplace al siguiente beneficiario (o beneficiarios) en el(los) contrato(s) mencionado(s) como mi(s) beneficiario(s) designado(s), en lugar de todos y cada uno de los beneficiarios previamente designados por mí.

En caso de que se designe a más de un beneficiario, todos compartirán los beneficios de forma equitativa, a menos que se aclare lo contrario a continuación. Si se indican los porcentajes de los beneficios, deben cubrir un total del 100 % para los Beneficiarios Primarios y 100 % para los Beneficiarios Secundarios. A menos que se indique expresamente lo contrario, si cualquier beneficiario designado a continuación fallece antes que yo, el porcentaje que ese beneficiario hubiera recibido si yo hubiera fallecido antes, se pagará de forma equitativa al beneficiario o los beneficiarios designados restantes. En caso de que ningún beneficiario sobreviviera luego de mi fallecimiento, será denominado como prescrito en el contrato grupal.

Designación de beneficiarios primarios-Cobertura pagada por el empleador

Apellido	Nombre	Relación con el asegurado	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Dirección del beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Porcentaje del beneficio (%)
Porcentaje total:					100%

Designación de beneficiarios secundarios-Cobertura pagada por el empleador

Apellido	Nombre	Relación con el asegurado	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Dirección del beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Porcentaje del beneficio (%)
Porcentaje total:					100%

Designación de beneficiarios primarios-Cobertura voluntaria

Apellido	Nombre	Relación con el asegurado	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Dirección del beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Porcentaje del beneficio (%)
Porcentaje total:					100%

Designación de beneficiarios secundarios-Cobertura voluntaria

Apellido	Nombre	Relación con el asegurado	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Dirección del beneficiario (Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)	Porcentaje del beneficio (%)
Porcentaje total:					100%

Agreement and Signature

Comprendo que esta Designación de beneficiario se aplicará a todos los contratos de seguros que me otorgue Mutual of Omaha o una empresa asociada a Mutual of Omaha, a menos que yo realice una designación por separado para cada cobertura, ya sea en la fecha de esta designación o en una fecha posterior. Asimismo, comprendo que esta Designación de beneficiario está sujeta a modificaciones según lo dispuesto en el contrato del grupo.

Al firmar a continuación, afirmo que (a) comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones de este formulario según se indicó anteriormente; y (b) esta Designación de beneficiario tendrá vigencia a partir de la fecha de su presentación.

Firma del Empleado/Miembro _____ Fecha _____