

Reconocimiento:

- Beneficiarios adicionales

Desoto Independent School District

6500772

INFORMACIÓN SOBRE USTED.

Escriba su nombre (nombre, inicial
de segundo, apellido)

Número de Seguro
Social

Fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)

Lea esta página atentamente

Como empleado, usted debe completar, firmar y presentar este formulario a su empleador

Si sus beneficiarios son los mismos para cada producto (Plan de indemnización hospitalaria), por favor marque aquí y **sólo** introduzca la información del beneficiario **una vez**.

☐ Sí
☐ No

Por favor enumere los beneficiarios para el(los) plan(planes) Indemnización hospitalaria. Usted puede enumerar hasta cinco beneficiarios por producto.

El porcentaje del gran total debe ser igual a 100% y no puede ser superior o menor de 100%.

a). Beneficiario (en letra de molde): % del importe para el beneficiario:

Relación: Número de Seguro Social:

b). Beneficiario (en letra de molde): % del importe para el beneficiario:

Relación: Número de Seguro Social:

c). Beneficiario (en letra de molde): % del importe para el beneficiario:

Relación: Número de Seguro Social:

d). Beneficiario (en letra de molde): % del importe para el beneficiario:

Relación: Número de Seguro Social:

e). Beneficiario (en letra de molde): % del importe para el beneficiario:

Relación: Número de Seguro Social:

INFORMACIÓN SOBRE USTED.Escriba su nombre (nombre, inicial
de segundo, apellido)Número de Seguro
SocialFecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)

Reconocimiento: Entiendo que, en la medida permitida por la ley estatal, las declaraciones falsas pueden dar lugar a la denegación de reclamos, o en mi cobertura de seguro de estar nula a partir de su fecha de vigencia sin ningún beneficio por pagar. Entiendo que las condiciones que se describen en este formulario pueden estar sujetas a todas las condiciones del plan de mi empleador. Mi firma indica que he revisado toda la información y las declaraciones en este formulario para la integridad y exactitud. **Reconozco que he leído el Aviso de Privacidad y la sección de Información falsa durante el proceso de inscripción y sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización a solicitud.** Estoy de acuerdo que una copia reprográfica de esta autorización es tan válida como el original.

Nombre del empleado (en letra de molde)

Firma del empleado

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)