

# Sun Life Insurance and Annuity Company of New York

## Instrucciones para llenar el Formulario de Registro para Seguro Colectivo



### Empleados Admisibles

Llene todas las secciones del Formulario de Registro para Seguro Colectivo para solicitar cobertura bajo la Póliza Colectiva, reinstalar cobertura que haya caducado o rechazar la cobertura. El formulario tiene que ser llenado y firmado durante el período de inscripción o **dentro de los 31 días** después de la fecha en que usted reúna los requisitos para el seguro. Usted no podrá rechazar los beneficios pagados por su patrono (*non-contributory benefits* — o sea, beneficios que no requieren contribución alguna del empleado).

### Ejemplar del Formulario de Registro

Marque la casilla “Elijo” o “Rechazo” por cada beneficio ofrecido por Sun Life Insurance and Annuity Company of New York a través del plan que su Empleador brinda.

**Beneficiarios Primarios:**  
Anote los nombres de la persona o personas que recibirá(n) los réditos si usted muriera. Usted podrá nombrar todos los Beneficiarios Primarios que desee, pero la suma de los porcentajes de los réditos asignados a cada uno de ellos tendrá que equivaler al 100%. Agregue hojas adicionales si necesita más espacio.

Si usted no hubiere designado a un beneficiario o si ninguno de los beneficiarios designados se encontrara en vida al morir usted, los réditos serán adjudicados a su caudal hereditario.

**Designación de los Beneficiarios Primarios (Únicamente para el Seguro de Vida)** — En los espacios a continuación anote los nombres de los beneficiarios que recibirá los réditos si usted muere. El porcentaje de los réditos que recibirá cada beneficiario que designe, pero la suma de los porcentajes de los réditos asignados a cada beneficiario no podrá exceder el 100%. En las personas con sus beneficiarios primarios. Agregue hojas adicionales si necesita más espacio.

Beneficiario Primario (Nombre completo, edad, sexo)	Relación con el empleado	Porcentaje de los réditos
1		0%
2		0%

**Designación de los Beneficiarios Secundarios (Únicamente para el Seguro de Vida)** — En los espacios a continuación anote los nombres de los beneficiarios que recibirá los réditos si usted muere y si ninguno de los beneficiarios primarios se encuentra en vida al morir usted. El total de los beneficiarios secundarios recibirá los réditos si usted muere y si ninguno de los beneficiarios primarios se encuentra en vida al morir usted. Agregue hojas adicionales si necesita más espacio.

Beneficiario Secundario (Nombre completo, edad, sexo)	Relación con el empleado	Porcentaje de los réditos
1		0%
2		0%

El Seguro de Vida Opcional es elegido utilizando otro formulario diferente suministrado por Sun Life Insurance and Annuity Company of New York para este propósito. Comuníquese con su Empleador para obtener información detallada.

**Beneficiarios Secundarios:**  
Anote los nombres de la persona o personas que recibirá(n) los réditos ÚNICAMENTE SI ninguna de las personas designadas como Beneficiarios Primarios se encontrara en vida al morir usted. Usted podrá nombrar todos los Beneficiarios Secundarios que desee, pero la suma de los porcentajes de los réditos asignados a cada uno de ellos tendrá que equivaler al 100%.