HOSPITALITY PLAN
UNITE HERE HEALTH

Formulario para beneficiario de seguro de vida

Devuelva este formulario completo a: 1901 Las Vegas Blvd. South, Ste 107 Las Vegas, NV 89104
Fax: 702-473-8109 | **Correo electrónico:** UNITEHEREAppeals@magnacare.com

1: Información sobre el empleado

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo
				☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección		**Apt #**	**Teléfono**	**Celular**
			( )	( )
Cuidad	**Condado** / **Estado**	**Código postal**	**Numero de seguro social**	**Dirección de correo electrónico**
			- -	

2: Beneficiarios primarios del seguro de vida

Si usted nombra más de un beneficiario principal, pero deja en blanco la sección "Distribución de los beneficios" (Share of Benefit), estos compartirán los beneficios de forma equitativa. Si uno de ellos fallece antes que usted, su parte se dividirá de forma equitativa entre los demás beneficiarios principales (a menos que usted indique lo contrario). Las mismas reglas se aplican a sus beneficiarios secundarios. *Si necesita agregar más beneficiarios, use otra hoja de papel.*

La suma de todas las partes deberá ser igual al 100%

Nombre	Parentesco	# de Seguro Social *(si está disponible)*	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			**Teléfono**	
Nombre	**Parentesco**	**# de Seguro Social *(si está disponible)***	**Fecha de Nacimiento**	**Porcentaje del Beneficio**
		- -		%
Dirección			**Teléfono**	
Nombre	**Parentesco**	**# de Seguro Social *(si está disponible)***	**Fecha de Nacimiento**	**Porcentaje del Beneficio**
		- -		%
Dirección			**Teléfono**	
Nombre	**Parentesco**	**# de Seguro Social *(si está disponible)***	**Fecha de Nacimiento**	**Porcentaje del Beneficio**
		- -		%
Dirección			**Teléfono**	

3: Beneficiarios secundarios del seguro de vida

Por favor anote a quién usted desea que reciba su beneficio del seguro de vida en el caso de que su(s) beneficiario(s) primario(s) listado(s) más arriba no lo sobreviva(n) a usted.

Nombre	Parentesco	# de Seguro Social *(si está disponible)*	Fecha de Nacimiento	Porcentaje del Beneficio
		- -		%
Dirección			**Teléfono**	
Nombre	**Parentesco**	**# de Seguro Social *(si está disponible)***	**Fecha de Nacimiento**	**Porcentaje del Beneficio**
		- -		%
Dirección			**Teléfono**	
Nombre	**Parentesco**	**# de Seguro Social *(si está disponible)***	**Fecha de Nacimiento**	**Porcentaje del Beneficio**
		- -		%
Dirección			**Teléfono**	

4: Firma

La cobertura está sujeta a los requerimientos de elegibilidad del Plan, y todos los beneficios del Plan están sujetos a las reglas adoptadas por el Consejo Administrativo de UNITE HERE HEALTH. Este formulario reemplaza todas las designaciones de beneficiarios previas, y debe ser firmado y fechado para ser válido, y no será efectivo hasta ser recibido por la oficina del UNITE HERE HEALTH.

Nombre en imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

01/2026