

**SELECT BENEFITS  
ENROLLMENT FORM**

Mail completed forms to:  
Select Benefit Administrators of America  
118 3rd Street East or P.O. Box 440  
Ashland, WI 54806  
1-800-497-3699

**This Election for Coverage Cannot Be Processed Unless all Questions Are Answered and the Form Is Signed and Dated.**

**PART I - TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE**

Employee's Name (Last, First, Middle)		Social Security #	Date of Birth
Employee's Home Address	City	State	Zip Code
Home Phone #			
Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Employer's Name	Date of Hire	
Plan Choice: Core Plan _____ Buy-Up 1 _____ Buy-Up 2 _____ Buy-Up 3 _____			

**DEPENDENT INFORMATION - Complete if you Are Applying for Family Coverage**

No person can be insured under this policy as both an Employee and a dependent, or as a dependent of more than one Employee. Please complete the following information for each family member you wish to cover.

Dependent Name (Last, First, Middle)	Sex	Date of Birth	Relationship to Employee	Full-Time Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> No

**BENEFICIARY DESIGNATION - Complete if Your Policy has a Life Insurance Benefit**

**PRIMARY (P)** - The person(s) you want to receive the life insurance benefit if you die. If more than one primary beneficiary is named, and a specific percentage is not designated, each receives an equal share of the benefit.

**CONTINGENT (C)** - The person(s) you want to receive the life insurance benefit if you die and no primary beneficiary is alive on that date. If more than one contingent beneficiary is named, and a specific percentage is not designated, each receives an equal share of the benefits.

NOTE: The Group Policyholder may not be named as a Beneficiary.

**BENEFICIARY DESIGNATION**

Full Name & Address	Date of Birth	Relationship	Primary (P) Contingent (C)	% of Benefit

**YES, I DO WANT THIS COVERAGE**

- I elect coverage for insurance for which I am eligible under the terms of the group policy, or policies, issued to the policyholder by Symetra Life Insurance Company.
- I authorize the deduction from my earnings of any contribution I am required to make toward the cost of this insurance. **(Not applicable if the Employer pays 100% of the required contribution.)**
- I designate the beneficiary(ies) named on this form to receive any benefits payable in the event of my death.
- All information submitted by me on this form is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Employee Signature \_\_\_\_\_ Date Signed \_\_\_\_\_

**A Change in Enrollment Status Form must be completed for any changes such as marriage/divorce, name change, beneficiary change, birth or adoption of a child. This new form must be dated and signed.**

**PART II - TO BE FILLED OUT BY THE EMPLOYER**

New Employee     Late Entrant Enrollee     Open Enrollment    Effective Date of Coverage \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Case Number \_\_\_\_\_

**Esta Elección de Cobertura no podrá tramitarse a menos de que se responda a todas las preguntas y de que se firme y fecha el formulario.**

**PARTE I – DEBE COMPLETARLA EL EMPLEADO**

Nombre del empleado (apellido, nombre, nombre intermedio)		Núm. del Seguro Social	Fecha de nacimiento
Domicilio del empleado	Ciudad	Estado	Código postal
Núm. de teléfono (casa)			
Sexo	Nombre del empleador	Fecha de contratación	
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			
Favor de Escoger Solo una Opción:	Plan Basico [ ]	Incremento #1 [ ]	Incremento #2 [ ]
	(Core Plan)	(Buy-Up #1)	(Buy-Up #2)
			Incremento #3 [ ]
			(Buy-Up #3)

**— INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES – Debe completarse si se solicita cobertura familiar —**

Ninguna persona puede ser asegurada conforme a esta póliza como empleado y como dependiente, ni como dependiente de más de un empleado. Complete la siguiente información para cada miembro de su familia que desee cubrir.

Nombre del dependiente (apellido, nombre, nombre intermedio)	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación con el empleado	Estudiante de tiempo completo
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**— DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO – Debe completarse si su póliza tiene beneficio de seguro de vida —**

**PRIMARIO (P)** - La persona o personas que desea que reciban el beneficio de seguro de vida si usted fallece. Si se nombra a más de un beneficiario pprimario y no se designa un porcentaje específico, cada persona recibirá una parte igual del beneficio.

**CONTINGENTE (C)** - La persona o personas que desea que reciban el beneficio de seguro de vida si usted fallece y no existe un beneficiario primario con vida en esa fecha. Si se nombra a más de un beneficiario contingente y no se designa un porcentaje específico, cada persona recibirá una parte igual de los beneficios.

**NOTA:** No se podrá nombrar como beneficiario al titular de la póliza de grupo.

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO**

Nombre y domicilio completos	Fecha de nacimiento	Relación o parentesco	Primario (P) Contingente (C)	% del Beneficio

**SÍ, DESEO OBTENER ESTA COBERTURA**

- Elijo la cobertura de seguro para la que califico de conformidad con los términos de la póliza o pólizas de grupo emitidas al titular de la póliza por Symetra Life Insurance Company.
- Autorizo que se deduzca de mis ingresos aquella contribución que estoy obligado a realizar para cubrir el costo de este seguro. **(No se aplica si el empleador paga el 100% de la contribución requerida).**
- Designo al beneficiario o beneficiarios nombrados en este formulario para que reciban los beneficios pagaderos en caso de que yo fallezca.
- Toda la información indicada por mí en este formulario es completa y fidedigna a mi mejor saber y entender.

Firma del empleado \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Deberá completarse un formulario de cambio de estado de inscripción si se producen cambios tales como matrimonio/divorcio, cambio de nombre, cambio de beneficiario, nacimiento o adopción de un niño. **Este nuevo formulario debe ir fechado y firmado.**

**PARTE II – DEBE COMPLETARLA EL EMPLEADOR**

Nuevo empleado     Inscripción tardía     Inscripción abierta    Fecha de vigencia de la cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Núm. de caso \_\_\_\_\_