



Formulario de beneficiario de seguro sin costo
Número de cliente TS05050044-G
Nombre del titular de la póliza de grupo:
Asociación de Empleados de la Administración Pública, Inc.



Tranquilidad, solo por ser miembro de CSEA

Como miembro de CSEA, usted está cubierto automáticamente por un plan de seguro sin costo a través de MetLife. Usted está cubierto por un beneficio por muerte accidental de \$10.000, independientemente de cuándo se unió a CSEA, siempre y cuando permanezca un miembro activo. Para los miembros que se unan a CSEA después del 1 de enero de 2026, se proporciona un beneficio adicional de seguro de vida de \$5.000 para el

primer año de membresía sin costo alguno, con opciones para continuar la cobertura.

Esperamos que nunca lo necesites, pero si sucede lo inesperado, esta protección puede hacer una diferencia crítica para sus seres queridos. Por favor complete la sección de beneficiarios a continuación para asegurarse de que su cobertura vaya donde más se necesita.

SECCIÓN I – Información Asegurada

*Primer nombre	M.	*Apellido		
*Dirección – Calle		*Correo electrónico no laboral		*Fecha de nacimiento
*Ciudad		*Estado	*Zip	*Número de teléfono no laboral
*Job Title		*Empleador		*SSN
*Sueldo anual/tarifa por hora		*NYS ID # o ID de empleado #		*CSEA Local/Unidad #
*Dirección de trabajo				*Tiempo completo *Tiempo parcial

SECCIÓN II – Información del Beneficiario

Complete la sección que pertenece al tipo de beneficiario que usted está designando.

BENEFICIARIO PRIMARIO (espacio para beneficiarios contingentes en el reverso)

Su primera opción para recibir su beneficio.

Si alguno de los beneficiarios primarios le precede, la parte de esa persona se dividirá por igual entre los beneficiarios primarios restantes.

Primer nombre	M.	Primer nombre	M.
Apellido		Apellido	
Dirección – Calle		Dirección – Calle	
Ciudad	Estado	Zip	
Fecha de nacimiento	número de teléfono	Porcentaje	
Relación con el Miembro	SSN	Relación con el Miembro	SSN

Usted **DEBE** designar al menos un beneficiario principal. Una persona solo puede ser incluida una vez. La suma **DEBE** ser igual al 100%. No se aceptarán cantidades en dólares, fracciones y decimales. Si necesita más espacio para beneficiarios adicionales, use la parte posterior de este formulario. Para fideicomisos o bienes inmuebles vivos, visite cseainsurance.com/Products-Forms/Term-Life para descargar el formulario completo y envíelo por correo a CSEA, Inc., ATTN: Departamento de Seguros, 143 Washington Ave., Albany, NY 12210.



SECCIÓN II – Información del Beneficiario Continuada - Utilice esta sección para beneficiarios primarios o contingentes (secundarios) adicionales.**BENEFICIARIO PRIMARIO**

Su primera opción para recibir su beneficio.

Si alguno de los beneficiarios primarios le precede, la parte de esa persona se dividirá por igual entre los beneficiarios primarios restantes.

Primer nombre M. Apellido Dirección – Calle Ciudad Estado Zip Fecha de nacimiento número de teléfono Porcentaje Relación con el Miembro SSN	Primer nombre M. Apellido Dirección – Calle Ciudad Estado Zip Fecha de nacimiento número de teléfono Porcentaje Relación con el Miembro SSN
---	---

BENEFICIARIO CONTINGENTE (SECUNDARIO)

Su segunda opción para recibir su beneficio si TODOS sus beneficiarios principales no viven en el momento de su muerte.

Si algún beneficiario contingente falleciera antes de usted, la parte de esa persona se dividirá por igual entre los beneficiarios contingentes restantes.

Primer nombre M. Apellido Dirección – Calle Ciudad Estado Zip Fecha de nacimiento número de teléfono Porcentaje Relación con el Miembro SSN	Primer nombre M. Apellido Dirección – Calle Ciudad Estado Zip Fecha de nacimiento número de teléfono Porcentaje Relación con el Miembro SSN
---	---

SECCIÓN III – Firma y certificación

Por la presente autorizo a la Asociación de Empleados de Servicio Civil, Inc. (CSEA), Local 1000 AFSCME, AFL-CIO, a ser mi representante exclusivo para la negociación colectiva y por lo tanto revocar cualquier otro representante que haya designado previamente. También autorizo al oficial fiscal o de nómina de mi empleador a deducir las cuotas de CSEA de mi salario en la cantidad certificada por CSEA en este y los años siguientes de mi empleo y membresía. Las cuotas, contribuciones o regalos a CSEA no son deducibles de impuestos como contribuciones caritativas. Sin embargo, pueden ser deducibles como gastos

comerciales ordinarios y necesarios.

Puedo revocar esta autorización enviando una carta indicando mi intención de renunciar, junto con mi nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de CSEA y firma por correo de primera clase del Servicio Postal de United States, a: CSEA Statewide Secretario, Asociación de Empleados de Servicio Civil, Inc.,

Dirección: 143 Washington Ave., Albany, NY 12210.

Por la presente, revoco cualquier designación de beneficiario anterior, y

Reconozco que soy un miembro en buena posición, lo que me da derecho a esta política de \$ 10.000 AD.

Nombre del miembro (Por favor, imprimir)

Fecha

(Debe ser la fecha en que se completó el formulario)

Firma de miembro

☐ **Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir llamadas (incluyendo llamadas grabadas o marcadas automáticamente o mensajes de texto) a mi número de teléfono celular de CSEA y sus organizaciones laborales afiliadas sobre cualquier tema. Puede modificar su preferencia llamando a CSEA al 1-800-342-4146 o visitando el sitio web de CSEA en cseany.org.**

Departamento de Seguros de CSEA, 143 Washington Ave., Albany, NY 12210
800-342-4146 • FAX: 518-433-0502 • cseatermlifeinsurance@cseainc.org

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Este documento se ha traducido como cortesía para los miembros que no hablan inglés. Aunque nos hemos esforzado por traducir con precisión este documento, debido a las diferencias de idioma y anomalías del software, puede haber diferencias con el original. En tal caso, el documento original prevalecerá en cualquier circunstancia.