

Worksite Advantage

Sección 125

Paquete De Formularios Requeridos

Section 125

Required Forms Packet

Agente _____

Agent

n.º del Dueño de Agencia _____

AO Number

Agencia n.º _____

Agency Number

Dueño de la Agencia _____

Agency Owner

Empresa _____

Company

Adjunte todos los formularios y la lista de empleados a la cuenta de sitio de trabajo en EPIC.
Etiqueta (@WorksiteApproval) para todas las comunicaciones relacionadas con la cuenta del
sitio de trabajo.

Etiqueta (@FranchiseActivity) al adjuntar una lista de empleados actualizada.

Attach all forms and employee list to the Worksite Account in EPIC.

Tag (@WorksiteApproval) for all communication concerning the Worksite Account.

Tag (@FranchiseActivity) when attaching an updated employee list.

3. Solicita facturación en línea
Request Online Billing Sí No
Yes
4. Tipo de negocio
(incluya detalles)
Type of Business
(Give Details) _____
5. Fecha en que se fundó la empresa _____ (Debe tener al menos 1 año de antigüedad)
Date Company was established mm aaaa (yyyy) (Must be at least 1 year old)
6. Período de inscripción desde _____ Hasta _____
Enrollment Period From mm dd Through mm dd
- Primera deducción Fecha _____ Fecha en que la póliza
First Deduction Date mm dd aaaa (yyyy) entra en vigor
Policy Effective Date mm dd aaaa (yyyy)
7. Los empleados deberían aparecer en la facturación en
orden... (marcar una opción) alfabético por n.º de por n.º de
seguro social empleado
- Employees should be listed on billing in what order? (check one) **Alpha** **SS#** **EE#** Otro
Other _____
8. ¿Alguno de los empleados está subcontratado? Sí No
Are any of the employees leased? Yes

SECCIÓN 125: INFORMACIÓN ESPECIAL SECTION 125 SPECIAL INFORMATION

1. Existe alguna prima de póliza de deducción salarial que se redirige para permitir reducciones salariales antes de impuestos? Sí No
Are existing Payroll Deduction policy premiums being redirected to allow pre-tax salary reductions? Yes
- Si la respuesta es "sí", las primas deben aparecer en los formularios de elección de los empleados y se debe mencionar a los empleados en el formulario de negocio nuevo.
If "yes," premiums must be shown on the employee's election forms and employees listed on the New Business form.
2. Las pólizas de la sección 125 deben facturarse: **junto con otras pólizas** **por separado**
Section 125 policies should be billed: **on the same billing as other policies** **on a separate billing**

n.º del Dueño de Agencia: _____ Agente n.º: _____ Agencia n.º: _____
AO #: Agent Number: Agency Number:

Liberty National Life Insurance Company

**ACUERDO DE ADOPCIÓN DE PLAN
PLAN ADOPTION AGREEMENT**

**Plan "Premium Only" sección 125
Section 125 Premium Only Plan**

Instrucciones para el empleador:

Debe completar, firmar y colocar la fecha en este acuerdo para adoptar el plan Premium Only de la empresa de seguros Liberty National Life. Una vez que lo adopte, el plan entrará en vigor en la fecha que usted especifique en el punto 3. No indique una fecha anterior al primer día del período de pago que comienza después del día en que firme el acuerdo de adopción del plan.

Instructions to Employer:

You must complete, sign, and date this Plan Adoption Agreement in order to adopt the Liberty National Life Insurance Company Premium Only Plan. The Plan, once adopted, will become effective as of the date you specify below in item #3. Do not specify an effective date earlier than the first day of the payroll period beginning after the day on which you sign the Plan Adoption Agreement.

1. Nombre completo del empleador: _____

Employer's full name:

2. Liste cualquier empleador afiliado u otra locación de oficinas, si las hay, y que participarán en la inscripción del plan:

List any affiliated employers or other office locations, if any, who will participate in the Plan Enrollment:

A.	_____	_____	_____	_____	_____
	Empleador Employer	Dirección Address	Ciudad City	Estado State	Código Postal Zip
B.	_____	_____	_____	_____	_____
	Empleador Employer	Dirección Address	Ciudad City	Estado State	Código Postal Zip
C.	_____	_____	_____	_____	_____
	Empleador Employer	Dirección Address	Ciudad City	Estado State	Código Postal Zip
D.	_____	_____	_____	_____	_____
	Empleador Employer	Dirección Address	Ciudad City	Estado State	Código Postal Zip

3. Fecha de entrada en vigor: _____ (mm/dd/aaaa)

Effective Date: _____ (mm/dd/yyyy)

4. Año del plan:

Plan Year:

período de doce meses que comienza el _____ (mm/dd)
y termina el _____ (mm/dd).

The twelve month period commencing on _____ (mm/dd)
ending on _____ (mm/dd).

El primer año del plan será más breve y comenzará el _____ (mm/dd/aaaa)
y terminará el _____ (mm/dd/aaaa).

The first Plan Year shall be a short Plan Year beginning on _____ (mm/dd/yyyy)
and ending on _____ (mm/dd/yyyy).

5. N.º de franquicia: _____
Franchise number:

6. Se considerará empleados de tiempo completo a los que trabajen al menos _____ horas por semana
[especifique cantidad mínima de horas].
Employees shall be considered to work full-time if they work at least _____ hours per week
[specify minimum number of hours].

7. Los planes de beneficios calificados de Liberty National serán:
Liberty National Qualified Benefit Plans shall mean:

Seguro contra cáncer de Liberty National
Liberty National Cancer Insurance

Seguro de vida de grupo temporal de
Liberty National
Liberty National Group Term Life Insurance

Liberty National Alternativa Dental
Liberty National Dental Alternative

Plan de visión de Liberty National
Liberty National Vision Plan

Seguro de cuidados intensivos hospitalarios
de Liberty National
Liberty National Hospital Intensive Care Insurance

Seguro protección contra accidentes max de
Liberty National
Liberty National Accident Protector Max Insurance

Plan de accidentes (ACB) de Liberty National
Liberty National Accident Plan Insurance (ACB)

8. Los beneficios calificados del empleador que se incluirán en el plan son los siguientes:
Employer's Qualified Benefits to be included in the Plan are:

Plan de seguro de vida de grupo temporal
del empleador
Employer's Group Term Life Plan

Seguro de salud de grupo del empleador
Employer's Group Health Plan

ACUERDO DE DEDUCCIÓN SALARIAL CELEBRADO ENTRE
LIBERTY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY
Y
PAYROLL DEDUCTION AGREEMENT BETWEEN
LIBERTY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY
AND

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADOR (EMPRESA)
COMPLETE NAME OF EMPLOYER (FIRM)

En beneficio y para conveniencia de sus empleados, _____,
(en adelante denominado el "empleador") esta de acuerdo en proporcionar una deducción salarial para el seguro de la empresa Liberty National Life de Birmingham, Alabama (en adelante denominada "Liberty National Life").

For the benefit and convenience of its employees, _____, (hereinafter referred to as the "Employer") agrees to provide for payroll deduction for insurance by Liberty National Life Insurance Company, Birmingham, Alabama (hereinafter referred to as "Liberty National Life").

Cada empleado deberá autorizar la deducción de su salario en una forma aceptable para el empleador y Liberty National Life. Un empleado podrá cancelar la deducción con la notificación apropiada enviada al empleador y a Liberty National Life.

Each employee will authorize payroll deduction in a manner agreeable to the Employer and Liberty National Life. An employee may stop payroll deduction by providing appropriate notice to the Employer and Liberty National Life.

Se realizarán las deducciones de los salarios que se pagan a los empleados según el cronograma que acuerden Liberty National Life y el empleador, y este último las pagará en forma oportuna a la aseguradora.

Deductions on a schedule to be agreed upon by Liberty National Life and the Employer will be made from salary paid to employees and such deductions will be paid promptly by the Employer to Liberty National Life.

El empleador no asume responsabilidad alguna por la deducción salarial una vez finalizada la relación laboral de un empleado asegurado, o después de que él haya detenido la deducción mediante la correspondiente notificación.

The Employer assumes no responsibility for payroll deduction after the termination of employment of an insured employee, or after an employee stops payroll deduction by providing appropriate notice.

El empleador acuerda continuar realizando las deducciones y remitir todas las primas siempre que el empleado acceda a pagar su cobertura. El empleador o Liberty National Life podrán rescindir este acuerdo en cualquier fecha con una notificación por escrito con una antelación de al menos 30 días. Una vez terminado este acuerdo, el pago de las primas se realizará en forma íntegra y directa entre cada empleado y Liberty National Life.

The Employer agrees to continue deductions and remit all premiums as long as the employee agrees to pay for their coverage. Either the Employer or Liberty National Life may terminate this Agreement as of any date by giving at least 30 days written notice to the other prior to such date. After termination of this Agreement, the payment of premiums shall be entirely and directly between each employee and Liberty National Life.

Firma del empleador:
Signature of Employer:

n.º del Dueño de Agencia: _____
AO #:

Fecha: _____
Date:

Agencia: _____
Agency:

Por: _____
By:

Nombre del agente: _____
Agent Name:

Título: _____
Title:

Firma del agente: _____
Signature of Agent:

Firmas de empleadores afiliados:
Signatures of Affiliated Employers:

Por: _____
By:

Firma del director de la agencia:
Signature of Agency Director:

Título: _____
Title:

Por: _____
By:

Firma del dueño de la agencia:
Signature of Agency Owner:

Título: _____
Title:

LIBERTY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO A TÉRMINO
APPLICATION FOR GROUP TERM LIFE

Oficina administrativa:
Administrative Office:
P.O. Box 2612
Birmingham, Alabama 35202

1. a. **Número de póliza de grupo:** LNGE0
Group Policy Number:

b. **Titular** _____
Holder:

2. **Fecha de vigencia del grupo:** Fecha de la primera deducción de primas
Group Effective Date: Date of first premium deduction

3. **Personas asegurables:** Empleados activos, empleados jubilados, ex empleados y directores del titular,
Eligible Person Current employees, retired employees, former employees and directors of
así como los dependientes de tales personas
the Holder, and their dependents

Firma autorizada del titular de la póliza
Authorized Signature for the Policy Holder

Fecha
Date

Firma del agente
Agent Signature

n.º del Dueño de Agencia
AO#

Agencia
Agency
(No se necesita para AO de cinco dígitos)
(Not required for 5 digit AOs)

La firma de la presente solicitud por parte del titular de la póliza (empleador) no constituye un endoso de Liberty National Life Insurance Company o del producto de seguro de vida de grupo a término.

The signing of this application by the Policy Holder (employer) does not constitute an endorsement of Liberty National Life Insurance Company or the Group Term Life Insurance product.

El lenguaje en Ingles de esta forma, prevalecerá si existe alguna discrepancia con la versión traducida.
The English language version of this form will prevail if there is a discrepancy with the translated version.

PROCESO DE COMPROMISO DE LOS EMPLEADOS

EMPLOYEE ENGAGEMENT PROCESS

La parte más importante de una exitosa inscripción a beneficios es la participación al 100% de todos los empleados. Esto le beneficia a usted de tres maneras. (Favor de escribir su inicial)

The most important part of a successful benefit enrollment is 100% participation by all employees. This benefits you in three ways. (Please initial)

- ____ **1. Ahorro de Impuestos:** Entre más participen los empleados en el plan mediante la compra de productos tasados antes del pago de impuestos, usted tendrá un mayor ahorro en el pago de impuestos como empleador. Esto es posible reduciendo el monto de la nómina gravable sobre el cual usted paga el impuesto del Acta de Contribuciones Federales para Seguros (FICA) y del Acta del Impuesto Federal del Desempleo (FUTA).

Tax Savings: The more employees that participate in the plan by purchasing pre-tax products, the greater your tax savings as an employer. This works by reducing the amount of taxable payroll on which you pay Federal Insurance Contribution Act (FICA) tax and Federal Unemployment Tax Act (FUTA).

- ____ **2. Buena Voluntad hacia el Empleado:** Tal y como se comentó, nosotros les proporcionaremos una Póliza de Muerte Accidental a todos los empleados elegibles sin costo para ellos durante el primer año de la póliza. También proporcionaremos una tarjeta de Descuento para Ahorros en la Salud a todos los empleados elegibles sin costo alguno. Nos aseguraremos de que sus empleados sepan que estos beneficios se están poniendo a su disposición por parte de usted.

Employee Goodwill: As discussed, we will provide an Accidental Death Policy to all eligible employees with no cost to them for the first policy year. We will also provide a Health Savings Discount card to all eligible employees at no cost. We will make sure your employees know that these benefits are being made available on your behalf.

- ____ **3. Cumplimiento:** Nuestra meta es asegurarnos de que su plan se encuentre de conformidad con los lineamientos de la Sección 125. Lo anterior se cumple al asegurarse de que todos su empleados tengan la oportunidad de participar en los beneficios ofrecidos.

Compliance: Our goal is to make sure your plan stays in compliance with Section 125 guidelines. Your plan stays in compliance when you ensure that all employees have an opportunity to participate in the benefits.

Liberty National no brinda asesoría acerca de impuestos o temas legales. Si se requiere asesoría sobre impuestos o temas legales, o asistencia profesional, Liberty National recomienda que usted consulte a un experto en estas áreas antes de la implementación de cualquier plan de la Sección 125.

Liberty National does not provide tax or legal advice. If tax advice or legal advice or expert assistance is required, Liberty National recommends that you seek and consult with a competent professional prior to implementing any section 125 plan.

Fecha (s) de Inscripción: _____
Enrollment Date(s):

Hora de Inicio de la Inscripción: _____
Enrollment Start Time:

Persona de Contacto el Día de la Inscripción: _____
Contact Person Day of Enrollment:

Persona que Recibirá las Autorizaciones de las Deducciones: _____
Person Who Will Receive Deduction Authorizations:

Lugar de Inscripción: _____
Enrollment Location:

Lista De Empleados Con Nombres Y Fechas De Contratación
Employee List With Names And Hire Dates

Llamada De Verificación Del Empleador
Employer Verification Call

Lista de Verificación del Lugar

Location Checklist

Lugar privado para hablar a discreción sobre las preguntas de salud según el Acta de Portabilidad
Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA)

Private location to discuss HIPAA sensitive health questions

Fácilmente accesible para todos los empleados
Easily accessible to all employees

Mesa, contactos eléctricos, etc.
Table, chairs, power outlet, etc.

Liberty National no brinda asesoría acerca de impuestos o temas legales. Si se requiere asesoría sobre impuestos o temas legales, o asistencia profesional, Liberty National recomienda que usted consulte a un experto en estas áreas antes de la implementación de cualquier plan de la Sección 125.

Liberty National does not provide tax or legal advice. If tax advice or legal advice or expert assistance is required, Liberty National recommends that you seek and consult with a competent professional prior to implementing any section 125 plan.

La lista de empleados escrita a máquina y con las fechas de contratación debe estar firmada por el empleador o por el administrador de la nómina. En la lista deberán figurar solo los empleados que trabajen 28 horas o más a la semana.

Typed employee list with hire dates must be signed by the employer/payroll administrator. List only those employees who work 28 or more hours per week.

XYZ BUSINESS

1234 STREET AVE, SUITE 321
DALLAS, TEXAS 75000
teléfono: 123-555-1234 fax: 123-555-2345
www.xyzbusiness.com

A continuación se incluye el listado completo de los empleados de XYZ Business y sus fechas de contratación:

Adams, Chris	12 de febrero de 1992
Douglas, Marsha	2 de septiembre de 2000
Dugan, Janelle	17 de marzo de 2002
Evans, Dan	28 de agosto de 1999
Frank, Jim	15 de enero de 1997
Gregory, Nancy	22 de marzo de 2000
Hudson, Mary	5 de noviembre de 2006
Jackson, Sam	2 de octubre de 2003
Jones, Mark	21 de julio de 2001
Lawton, Judy	3 de abril de 2009
Michaels, Eric	11 de diciembre de 2004
Peterson, Tom	21 de marzo de 2009
Smith, Jay	10 de junio de 2005
Wilson, Wendy	4 de mayo de 2007

Jane Smith

Firma del empleador o contador

SAMPLE
MUESTRA