

Worksite Advantage

Paquete De Formularios Requeidos
Para Deducción Salarial Estándar

Standard Payroll Deduction (PD)
Required Forms Packet

Agente _____
Agent

n.º del Dueño de Agencia _____ **Agencia n.º** _____
AO Number 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:

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.

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

