



ELON
UNIVERSITY

Guía de beneficios para jubilados 2025



Índic

| | |
|---|---------|
| Recursos previos a la jubilación | 3 |
| Lista de verificación para jubilados | 4 |
| Beneficios disponibles para los jubilados | 5 - 6 |
| COBRA | 7 |
| Seguro de salud complementario | 8 - 10 |
| Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.. | 11 |
| Tarifas del plan de salud complementario | 12 |
| Formulario de inscripción de seguro médico complementario | 13 - 17 |
| Lista de verificación para conversión de seguro de vida | 18 |
| Conversión de seguro de vida | 19 – 21 |
| Directorio de jubilados en línea | 22 |
| Información de contacto..... | 23 |

Recursos previos a la jubilación

Política para jubilados: 59.5 años y 10 años de servicio

Seminarios web de TIAA: asista a un seminario web en vivo sobre jubilación o vea un seminario web grabado que TIAA pone a su disposición visitando www.tiaa.org/seminariosweb. Los temas del seminario web incluyen:

Conceptos básicos del seguro social

Jubilarse en la nueva normalidad

Comprensión de Medicare

Todos los jubilados con un plan 457b deben comunicarse con TIAA al 1-800-732-8353 o visitar www.tiaa.org/schedulenow para programar una cita. Es importante que se comunique con TIAA dentro de los 30 días para analizar sus opciones y evitar posibles sanciones. Si tiene un plan 403b, le recomendamos que se comunique con TIAA para analizar sus opciones.

Cuenta My Social Security: cualquier persona que esté considerando jubilarse debe crear una cuenta “My Social Security Account” ubicada en <https://www.ssa.gov/myaccount/>. Una cuenta le permite estimar beneficios futuros, revisar sus estados de cuenta del seguro social y brindarle otras herramientas personalizadas.

Para obtener más información sobre la planificación de la jubilación y el seguro social, visite

<https://www.ssa.gov/prepare/plan-retirement>. La planificación es la clave para lograr una jubilación óptima y el seguro social es solo una parte de su plan de jubilación. Este sitio ofrece información adicional sobre cómo funcionan los beneficios, cómo decidir cuándo comenzar la jubilación y qué podría afectar sus beneficios de jubilación.



Lista de verificación para jubilados

| ✓ | ¿Qué hacer? |
|---|--|
| | Determinar su último día trabajado (no debe ser de vacaciones, enfermedad o feriado) |
| | Notificar a su supervisor/director de departamento/decano |
| | Todos los jubilados con un plan 457b deben comunicarse con TIAA al 1-800-732-8353 o visitar www.tiaa.org/schedulenow para programar una cita. Es importante que se comunique con TIAA dentro de los 30 días para analizar sus opciones y evitar posibles sanciones. Si tiene un plan 403b, le recomendamos que se comunique con TIAA para analizar sus opciones. |
| | Visite medicare.gov/basics/get-started-with-medicare para saber cuándo inscribirse en Medicare A y B |

Una vez que Recursos Humanos reciba la documentación correspondiente de su departamento, notificándonos su fecha de jubilación, recibirá un correo electrónico con la siguiente información.

Personal

- Las vacaciones acumuladas (hasta 160 horas) se pagarán en su último cheque.
- Sus beneficios le cubrirán hasta el final del mes en el que trabaje.

Docentes

- Los docentes a tiempo completo tienen cobertura de beneficios hasta el final del mes en el que reciben su salario. Esta fecha específica se puede encontrar en su carta de acuerdo.

Personal y docentes

- Conversión de seguro de vida: los jubilados pueden solicitar la conversión de la cobertura de seguro de vida dentro de los 31 días posteriores a la fecha de finalización de sus beneficios.
- Seguro complementario voluntario: sus productos voluntarios actuales de Wellfleet y AFLAC pueden continuar, a la misma tarifa, comunicándose con Wellfleet al 855-664-5838 o con AFLAC al 336-991-4590.
- COBRA: si no está listo para inscribirse en Medicare y en el plan de salud complementario, puede continuar con sus planes de seguro médico, dental y de visión de Elon Group eligiendo COBRA (generalmente por hasta 18 meses, dependientes hasta 36 meses). Consulte la página 7 para conocer las tarifas.
- Seguro complementario (a Medicare): Elon University aportará \$100 por mes en nombre de cada jubilado que se inscriba en el programa Benistar. Consulte las páginas 8 a 12 para conocer la cobertura y las tarifas.
- Reuniones con TIAA: se pueden programar reuniones individuales con representantes de TIAA para discutir asuntos relacionados con los aportes de jubilación.
- Reconocimiento a jubilados: los docentes y el personal son reconocidos al final del año escolar académico con un almuerzo de premiación para docentes/personal y un día de reconocimiento al personal. Además, Elon le ofrece la posibilidad de elegir entre un regalo de jubilación. Disponemos de una gran variedad de regalos para elegir, incluidos los que se enumeran aquí.
 - Mecedora hecha a mano
 - Jarrón de cristal hecho a mano en Suecia
 - Juego de decantador clásico de 3 piezas
 - Juego de ajedrez estilo Staunton francés

Beneficios disponibles para los jubilados

Continuación del uso del correo electrónico

Los jubilados conservan el acceso a sus correos electrónicos de Elon, tareas pendientes y calendario a través de un navegador web. Tenga en cuenta de que si ha descargado el paquete Office en su computadora personal, el acceso caducará 30 días después de la última fecha de empleo. (Moodle y el acceso inalámbrico al campus no están disponibles)

- Los jubilados seguirán recibiendo correos electrónicos de Announcements@elon.edu.
- El Servicio de Asistencia Técnica puede ayudarle a transferir archivos y la propiedad de los datos del departamento antes de su último día de empleo llamando al 336-278-5200.

Uso de la tarjeta de identificación Phoenix

La tarjeta de identificación de la universidad es la clave para recibir muchos de los servicios que se ofrecen a los jubilados. Tendrá que acudir a la Oficina de Tarjetas Phoenix en Oaks/McCoy Commons 201 con su tarjeta Phoenix para que se actualice su tarjeta y refleje su condición de jubilado. La tarjeta puede utilizarse para:

- **Belk Library:** los empleados jubilados pueden seguir retirando materiales y utilizando los servicios de la Belk Library con una tarjeta Phoenix.
- **Gimnasio:** el gimnasio se puede utilizar siempre que se disponga de la tarjeta Phoenix.
- **Eventos culturales:** los empleados jubilados con tarjetas de identificación Phoenix pueden seguir obteniendo entradas sin cargo para los programas patrocinados por la universidad. Comuníquese con la taquilla (336) 278-6750 para obtener información sobre el calendario y las entradas.
- **Eventos deportivos:** la admisión a los eventos deportivos se puede obtener mediante el uso de la tarjeta de identificación Phoenix. Póngase en contacto con la taquilla de deportes llamando al (336) 278-6750 para obtener información sobre horarios y entradas.

Continuación del uso del permiso de estacionamiento

Todos los empleados jubilados tienen derecho a conservar su permiso de estacionamiento para estacionar en el campus cuando lo visiten.

Programa de exoneración de matrícula

Los empleados jubilados podrán inscribirse en un (1) curso por semestre. Si está interesado en tomar un curso, comuníquese con la Oficina de Admisiones para recibir una solicitud de admisión especial al (336) 278-3566. Después de hablar con Admisiones, deberá completar un formulario de exoneración de matrícula que puede recoger en la Oficina de Recursos Humanos.

Programa de descuentos para empleados

A los empleados jubilados se les ofrecen los mismos descuentos con algunos proveedores locales que a los empleados actuales. Puede encontrar una lista actualizada de los proveedores participantes en la página de inicio de la Oficina de Recursos Humanos en <http://www.elon.edu/e-web/bft/hr/discounts.xhtml>.

Vacuna contra la gripe gratuita

Cada año se proporciona gratuitamente una vacuna contra la gripe a los docentes y al personal jubilados al mismo tiempo que a la comunidad universitaria. Debido a que el suministro de la vacuna contra la gripe a veces es limitado, la vacuna se administrará por orden de llegada.

Privilegios de reserva para la propiedad del Lodge

La propiedad del Lodge, ubicada en la autopista 100 en Elon, se puede reservar a través de Campus Recreation al (336) 278-7529.

Beneficios disponibles para los jubilados (continuación)

Invitaciones a eventos del campus

Los empleados jubilados reciben invitaciones a diversos eventos del campus. Incluyen programas como el almuerzo anual de premiación para docentes/personal, en el que se reconoce a los miembros del personal docente, el Día de reconocimiento al personal, en el que se reconoce a los miembros del personal del año, y la fiesta anual de Navidad de la universidad. Por favor, avise a la Oficina de Recursos Humanos **si se muda o cambia de dirección de correo electrónico** para asegurarse de que se le invita a estos eventos.

Reuniones con TIAA

Se pueden programar reuniones individuales con representantes de TIAA para discutir asuntos relacionados con los aportes de jubilación. Si está interesado en reunirse con un representante de TIAA, comuníquese con TIAA al (800) 732-8353 para programar una cita.

Listado de jubilados en el sitio web de Elon

Los jubilados pueden elegir aparecer en el Directorio de jubilados de docentes y personal en línea. Si está interesado en figurar en la lista, complete el formulario de consentimiento que se encuentra en la página 22 de este folleto y devuélvalo a la Oficina de Recursos Humanos. El formulario también se puede encontrar en línea en www.elon.edu/hr bajo la sección de jubilados.

Plan de seguro de salud complementario

La universidad ofrece un plan de seguro de salud complementario a Medicare que está disponible para los jubilados y sus cónyuges. Si el empleado jubilado de Elon elige participar en el programa, la universidad aportará \$100 al costo de la prima mensual del empleado jubilado.

Los formularios para inscribirse en el plan se encuentran en el paquete de las páginas 13-17. Si tiene alguna pregunta sobre el plan, comuníquese directamente con Benistar a través de su número gratuito que puede encontrar en el folleto.

Comuníquese con la Oficina de Recursos Humanos al (336) 278-5560 si tiene alguna pregunta sobre los servicios identificados anteriormente.



COBRA

Si no está listo para inscribirse en Medicare y en el seguro complementario, puede continuar con sus planes de seguro médico, dental y de visión de Elon Group eligiendo COBRA (generalmente por hasta 18 meses, dependientes hasta 36 meses).

Revise la información detenidamente mientras considera inscribirse en los planes de beneficios actuales de COBRA.

Si está interesado en las tarifas COBRA para Blue Cross/Blue Shield – Delta Dental – VSP (Vision Service Plan), consulte la siguiente tabla. Flores and Associates le enviará la información a su domicilio.

| Salud - Tarifas mensuales | Plan A | Plan B | Plan C |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Solo empleado | \$728.47 | \$1172.45 | \$433.90 |
| Empleado + Cónyuge | \$1711.88 | \$2755.26 | \$1004.78 |
| Empleado + Hijos | \$1201.99 | \$1934.55 | \$730.79 |
| Familia | \$2185.40 | \$3517.37 | \$1259.19 |

| Dental - Tarifas mensuales | |
|----------------------------|----------|
| Solo empleado | \$46.76 |
| Empleado + Cónyuge | \$84.99 |
| Empleado + Hijos | \$115.94 |
| Familia | \$162.74 |

| Visión - Tarifas mensuales | Principal | Complementario | Ambos |
|----------------------------|-----------|----------------|---------|
| Solo empleado | \$2.04 | \$14.21 | \$16.25 |
| Empleado + Cónyuge | \$2.69 | \$18.76 | \$21.45 |
| Empleado + Hijos | \$2.89 | \$20.06 | \$22.95 |
| Familia | \$4.60 | \$32.08 | \$36.68 |

Seguro de salud complementario

Como usted sabe, el costo de proporcionar beneficios de atención médica es cada vez más elevado. Esto es especialmente cierto para los jubilados que tienen que depender de Medicare o de una costosa cobertura complementaria individual. Si bien la cobertura de Medicare es una necesidad para muchas personas jubiladas, existen límites a la protección que brinda. No están cubiertos los deducibles ni los cargos de coseguro de los servicios médicos, hospitales, centros de enfermería especializada, residencias de ancianos, etc. Estos gastos de bolsillo pueden ser difíciles de pagar con el ingreso fijo de un jubilado.

La universidad ofrece un **Plan de seguro de salud complementario a Medicare** para jubilados que son elegibles en virtud de Medicare y cumplen con los criterios de elegibilidad de la universidad. La parte médica, suscrita por The Hartford, cubre los vacíos de cobertura de las Partes A y B de Medicare. La parte farmacéutica, suscrita por Express Scripts, proporciona un beneficio de medicamentos con receta.

Algunas de las características del programa incluyen:

- Suscripción grupal con emisión garantizada (sin suscripción individual).
- Sin limitaciones por afecciones preexistentes siempre que proceda directamente de otro plan grupal o de otro plan complementario. Si existe una brecha en la cobertura antes de participar en este plan, se aplicará una limitación de preexistencia de seis meses.

La universidad aportará \$100 por mes en nombre de cada miembro del personal o docente jubilado que se inscriba en el programa. Tenga en cuenta que el aporte de la universidad es solo para docentes y personal jubilados de Elon. Los cónyuges también son elegibles, pero tendrían que pagar el costo total de la prima mensual. El aporte que realiza la universidad es únicamente con el fin de garantizar la viabilidad inicial del programa. Nunca se incrementará para ningún participante actual o futuro del plan, ya sea mientras el plan esté en vigencia o se encuentre en transición a un plan diferente proporcionado por Elon o por otro según se identifica en el párrafo siguiente.

Tenga en cuenta que este plan no es un aporte del actual plan de seguro médico grupal de Elon que se brinda a los empleados, sino un complemento de Medicare. Como administrador del plan, Elon tiene la autoridad discrecional de finalizar el plan para nuevos jubilados, modificar el plan o realizar la transición a otro plan de salud complementario posterior a la jubilación ofrecido por el gobierno u otra agencia privada.

Si tiene alguna pregunta sobre el seguro de salud complementario, comuníquese con el Centro de Servicios para Jubilados de Benistar al (800) 236-4782.



Partes A y B del seguro médico complementario

Plan de seguro grupal para jubilados; A través de Benistar Employer Services Trust
Resumen de cobertura¹; Asegurado por: Hartford Life and Accident Insurance Company

| Servicios de la Parte A | Medicare paga | El Plan paga | Usted paga |
|--|--|--|------------------------|
| Hospitalización² : Habitación semiprivada y comida, enfermería general y otros servicios y suministros | | | |
| Primeros 60 días | Todo menos \$1676 | \$1676 | \$0 |
| Del 61° al 90° día | Todo menos \$419 por día | \$419 por día | \$0 |
| Del 91° al 150° día (Período de reserva de por vida de 60 días) | Todo menos \$838 por día | \$838 por día | \$0 |
| Una vez que se utilizan los días de reserva de por vida (o hubieran finalizado si se hubieran utilizado), se otorgan 365 días adicionales de confinamiento por persona de por vida. | \$0 | 100% | \$0 |
| Atención en un centro de enfermería especializada² : Habitación semiprivada y comida, servicios de enfermería especializada y rehabilitación y otros servicios y suministros. Debe cumplir con los requisitos de Medicare, que incluyen una hospitalización de al menos 3 días. Debe ingresar en un centro aprobado por Medicare en los 30 días siguientes a su salida del hospital. | | | |
| Primeros 20 días | Todos los montos aprobados | \$0 | \$0 |
| Del 21° al 100° día | Todo menos \$209.50 por día | Hasta \$209.50 por día | \$0 |
| Cuidados paliativos : alivio del dolor, manejo de síntomas y servicios de apoyo para enfermos terminales. | | | |
| Siempre que el médico certifique la necesidad | Todos los costos, pero limitados a los costos de medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes hospitalizados | Cargos de coaseguro por atención de relevo para pacientes internados, medicamentos y productos biológicos aprobados por Medicare | Todos los demás cargos |
| Deducible por sangre: hospitalización y gastos médicos ambulatorios : Cuando lo proporciona un hospital o un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta. | | | |
| Las primeras 3 pintas | \$0 | 100% | \$0 |
| Montos adicionales | 100% | \$0 | \$0 |
| Servicios de la Parte B | Medicare paga | El Plan paga | Usted paga |
| Gastos médicos ambulatorios: dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario ambulatorio : tales como servicios médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, equipo médico duradero. | | | |
| Deducible de la Parte B de Medicare | \$0 | \$257 | \$0 |
| Los primeros \$257 de montos aprobados por Medicare. | | | |
| Resto de montos aprobados por Medicare. | 80% | 100% | \$0 |
| Servicios de Laboratorio Clínico, análisis de sangre, análisis de orina y más. | 100% | \$0 | \$0 |
| Los cargos excedentes de la Parte B para proveedores no participantes de Medicare cubren la diferencia entre el 115% y el cargo de la Parte B aprobado por Medicare. | \$0 | 100% | 0% |

Seguro médico complementario (continuación)

| Servicios adicionales | Medicare paga | El Plan paga | Usted paga |
|--|--|--|---|
| Atención médica preventiva y detección de cáncer³: Cobertura de los gastos incurridos por una persona cubierta por exámenes físicos, pruebas y servicios de detección preventiva, exámenes de detección de cáncer y cualquier otra prueba o medida preventiva que el médico tratante determine que es apropiada. Consulte su manual Medicare and You para obtener más información sobre los servicios preventivos. | | | |
| Examen físico de “Bienvenido a Medicare”: dentro de los primeros 12 meses de inscripción en la Parte B | 100% | \$0 | \$0 |
| Visita anual de bienestar | 100% | \$0 | \$0 |
| Vacunas | 100% | \$0 | \$0 |
| Detección de cáncer de mama: mamografía una vez al año; Examen de mamas una vez cada 2 años, o una vez al año si tiene alto riesgo | 100% | \$0 | \$0 |
| Detección de cáncer de colon - Prueba de sangre oculta en heces una vez al año; Colonoscopia una vez cada 10 años, o cada dos años si hay alto riesgo | 100% para la prueba de sangre oculta en heces y colonoscopia | \$0 | \$0 |
| Enema de bario una vez cada 4 años, o una vez cada 2 años si hay alto riesgo | 80% después del deducible para enema de bario | 100% | \$0 |
| Detección del cáncer de cuello uterino - Prueba de Papanicolaou y examen pélvico una vez cada 2 años, o una vez al año si hay alto riesgo | 100% | \$0 | \$0 |
| Detección del cáncer de próstata - Prueba de PSA una vez al año | 100% para la prueba de PSA | \$0 | \$0 |
| Examen rectal digital una vez al año | 80% después del deducible para el examen de recto digital | 100% | \$0 |
| Pruebas de vigilancia del cáncer de ovario: una vez al año si hay alto riesgo | 80% después del deducible | 100% | \$0 |
| Emergencia en viajes al extranjero: Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios | | | |
| Servicios de emergencia necesarios debido a una lesión o enfermedad de aparición repentina e inesperada durante los primeros 60 días de viaje fuera de los Estados Unidos | \$0 | 80% después de un deducible de \$250 (hasta un máximo de por vida de \$50 000) | Deducible de \$250 y luego el 20% de los gastos incurridos (hasta un máximo de por vida de \$50 000, 100% a partir de entonces) |

¹ Montos de cobertura válidos del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

² Un período de beneficios comienza el primer día que usted recibe servicio como paciente internado en un hospital y finaliza después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido atención especializada en ninguna otra instalación durante 60 días consecutivos.

³ Si alguna de las pruebas de detección de cáncer no está cubierta por Medicare, el plan pagará los cargos usuales y habituales en que se incurra.

Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Aquí tiene un resumen de lo que pagará por los medicamentos con receta cubiertos en las diferentes etapas de su beneficio de la Parte D de Medicare. Puede surtir sus recetas cubiertas en una farmacia minorista de la red o a través de nuestro servicio de entrega a domicilio. Para medicamentos de mantenimiento, tiene la opción de surtir recetas para más de un mes en farmacias con costos compartidos preferidos, incluidas CVS y farmacias locales independientes seleccionadas. Estas farmacias pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de nuestra red.

| Etapa deducible | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Etapa deducible | No paga un deducible anual. | | | |
| Etapa de cobertura inicial | Pagará lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos (lo que usted y el plan pagan) alcancen los \$2000: | | | |
| | | Minorista Un mes Suministro (31 días) | Minorista Tres meses Suministro (90 días) | Entrega a domicilio Tres meses Suministro (90 días) |
| | Nivel 1: medicamentos genéricos | \$9 de copago | Costo compartido preferido: \$18 de copago Costo compartido estándar: \$27 de copago | \$18 de copago |
| | Nivel 2: medicamentos de marca preferida | \$49 de copago | Costo compartido preferido: \$125 de copago Costo compartido estándar: \$147 de copago | \$125 de copago |
| | Nivel 3: medicamentos no preferidos | 50% de coseguro | 50% de coseguro | 50% de coseguro |
| | Nivel 4: medicamentos especiales | 33% de coseguro | 33% de coseguro | 33% de coseguro |
| Etapa de cobertura catastrófica | <ul style="list-style-type: none"> • Si su médico le prescribe un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo, usted pagará una tarifa diaria de costo compartido basada en la cantidad real de días del medicamento que reciba. • Puede recibir un suministro de hasta 90 días de ciertos medicamentos de mantenimiento (medicamentos que se toman a largo plazo) por correo a través de Express Scripts Pharmacy. No hay ningún costo por el envío estándar. No todos los medicamentos están disponibles en un suministro de 90 días, y no todas las farmacias minoristas ofrecen un suministro de 90 días. • Si tiene alguna pregunta sobre esta cobertura, comuníquese con el Centro de atención al cliente para jubilados al 1.800.236.4782, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. | | | |
| | Si llega a la etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga que compartir el costo de los medicamentos excluidos que pueden estar cubiertos por un beneficio mejorado. | | | |

Para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos con receta, comuníquese con el Centro de Servicios para Jubilados de Benistar al (800)-236-4782.

Tarifas del plan de salud complementario

Revise la información detenidamente mientras considera inscribirse en el Plan de Salud Suplementario para Jubilados de Medicare.

La Universidad de Elon ha contratado con **The Hartford** los beneficios médicos complementarios y con **Express Scripts** los beneficios de farmacia complementarios.

Plan de salud complementario para jubilados

| Costo mensual total | |
|---------------------|----------|
| Solo jubilados* | \$332.64 |
| Solo cónyuge | \$432.64 |
| Jubilado + Cónyuge* | \$765.28 |

***¡Elon University aporta \$100 por mes en nombre de cada jubilado! El costo anterior refleja el aporte de \$100 de Elon University.**

Lo que necesitan saber:

- Elon University aportará con \$100 por mes en nombre de cada jubilado que se inscriba en el programa.
- Cuando usted (y/o su cónyuge) se inscriba en el plan médico de The Hartford, quedará inscrito automáticamente en el Plan de Farmacia de Express Scripts.
- Usted (y/o su cónyuge) no pueden elegir participar en el plan médico y de farmacia para jubilados por separado. En otras palabras, usted (y/o su cónyuge) no pueden optar por no participar de un plan y optar por el otro.
- Usted (y/o su cónyuge) recibirá solo una factura mensual de Benistar.
- Tenga en cuenta que este plan NO es una continuación del actual plan de seguro médico grupal de Elon que se brinda a los empleados, sino un complemento de Medicare.
- Si tiene alguna pregunta sobre el Plan de salud complementario para jubilados de Medicare, comuníquese con el Centro de Servicios para Jubilados de Benistar al (800)-236-4782.



Group Benefits from The Hartford

HARTFORD LIFE AND ACCIDENT INSURANCE COMPANY

**One Hartford Plaza
Hartford, CT 06155**

(A stock insurance company)



The Hartford® is The Hartford Financial Services Group, Inc. and its subsidiaries.

**GROUP RETIREE HEALTH INSURANCE – GRIP (THE HARTFORD’S GROUP RETIREE INSURANCE PLAN®)
ENROLLMENT FORM
FOR INITIAL ENROLLMENT AND SUBSEQUENT CHANGES**

Participating Employer: ELON UNIVERSITY

Policy Number(s): AGP-007040

Please Print clearly in ink or type:

| | | |
|-----------------------|---------|-------|
| Retiree’s First Name: | Middle: | Last: |
|-----------------------|---------|-------|

Street:

| | | |
|-------|--------|-----------|
| City: | State: | ZIP Code: |
|-------|--------|-----------|

| | |
|--------------------------|-----------------|
| Phone Number: () | Medicare Number |
|--------------------------|-----------------|

Email Address:

| | | |
|--|----------------|-------------------|
| Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Date of Birth: | Social Security # |
|--|----------------|-------------------|

| | |
|---------------------|---|
| Date of Retirement: | Have you enrolled in Medicare Part B? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|---------------------|---|

If no, when do you intend to enroll?

Spouse’s Name (Only if enrolling):

| | | |
|--------|---------|-------|
| First: | Middle: | Last: |
|--------|---------|-------|

| | |
|--|----------------|
| Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Date of Birth: |
|--|----------------|

| | |
|-------------------|-----------------|
| Social Security # | Medicare Number |
|-------------------|-----------------|

| | |
|---------------------|--|
| Date of Retirement: | Has your spouse enrolled in Medicare Part B? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|---------------------|--|

If no, when does he/she intend to enroll?

To the best of your knowledge:

1. Do you or your spouse, if enrolling, have any other health insurance including an employer health plan?

| | |
|---|--|
| Retiree: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Spouse: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|---|--|

If so, please provide the information requested below:

| <u>Covered Person</u> | <u>Company Name</u> | <u>Policy Number</u> | <u>Kind of Policy</u> | <u>Effective Date</u> | <u>Expiration Date</u> |
|-----------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | |
|--|-----------------------|--|--------------------------|
| 2. If the answer to question 1 is yes, do you or your spouse, if enrolling intend to replace these medical or health policies with this policy or certificate? | | | |
| Retiree: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | Spouse: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| If yes, for what reason are you (or your spouse, if enrolling) replacing the coverage? | | | |
| <input type="checkbox"/> Additional Benefits | | <input type="checkbox"/> Fewer benefits and lower premiums | |
| <input type="checkbox"/> Integration with Medicare | | <input type="checkbox"/> No change in benefits, but lower premiums | |
| <input type="checkbox"/> Other (please specify): | | | |
| 3. Are you covered by Medicaid? | | | |
| Retiree: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | Spouse: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Check Desired Coverage | | | |
| | Effective Date | Plan 1 | n/a |
| Retiree: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spouse: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Complete the form answering all questions. Please be sure to date and sign the form and return to:

Benistar Administrative Services, Inc. (BASI)
10 Tower Lane, First Floor
Avon, CT 06001

| | |
|--|--------------|
| Confirmation | |
| I acknowledge that I have been given the opportunity to enroll in the insurance offered by the Policyholder. I understand and agree that if I decline insurance now, I may not be able to enroll in the future. | |
| I understand and agree that insurance will go into effect and remain in effect only in accordance with the provisions, terms and conditions of the insurance policy. I understand and agree that only the insurance policy issued to the Policyholder can fully describe the provisions, terms, conditions, limitations and exclusions of my insurance. In the event of any difference between the enrollment form and the insurance policy, I agree to be bound by the insurance policy. | |
| Fraud Notice(s) | |
| For Residents of Florida: | |
| Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree. | |
| For Residents of Louisiana: | |
| Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison. | |
| For Residents of Maryland: | |
| Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison. | |
| For Residents of New York: | |
| Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation. | |
| For Residents of Virginia: | |
| It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits | |
| Retiree Signature: | Date: |
| | |
| Spouse Signature (if enrolling): | Date: |
| | |

Supplemental Health Enrollment Form

MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN INDIVIDUAL ENROLLMENT FORM ELON UNIVERSITY SPONSORED GROUP PLAN

To enroll in Express Scripts Medicare® (PDP)
please provide the following information:

Desired Effective Date: _____

| | | | | | | | |
|---|--|-------------|--|-----------------|-------------|-------------------------|--|
| LAST Name: | | FIRST Name: | | MIDDLE Initial: | Mr Mrs. Ms. | | |
| Birth Date: (____/____/____) (M M / D D / Y Y Y Y) | | Sex: M F | Home Phone Number: () | | | | |
| Permanent Residence Street Address: | | | | | | | |
| City: | | | State: | ZIP Code: | | | |
| Mailing Address (only if different from your Permanent Residence Address): | | | | | | | |
| Street Address: | | City: | State: | ZIP Code: | | | |
| Emergency Contact: [Optional] | | | | | | | |
| Phone Number: [Optional] _____ Relationship to You [Optional] _____ | | | | | | | |
| E-mail Address: [Optional] | | | | | | | |
| Please Provide Your Medicare Insurance Information | | | | | | | |
| Please take out your Medicare Card to complete this section. <ul style="list-style-type: none"> Please fill in these blanks so they match your red, white and blue Medicare card. - OR - <ul style="list-style-type: none"> Attach a copy of your Medicare card or your letter from the Social Security Administration or Railroad Retirement Board. You must have Medicare Part A or Part B (or both) to join a Medicare prescription drug plan. | | | Name: Medicare Number _____ - _____ - _____ <u>OR</u> Medicare Claim Number ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Is Entitled To HOSPITAL (Part A) MEDICAL (Part B) | | | Effective Date _____ | |

2022 BXMA

(10/21)

Email completed enrollment form to memelig@bensitar.com or mail to **Benistar Admin Services**
10 Tower Lane, Suite 100
Avon, CT 06001

Supplemental Health Enrollment Form

Please read and answer these important questions:

Some individuals may have other drug coverage, including other private insurance, TRICARE, Federal employee health benefits coverage, VA benefits, or State Pharmaceutical Assistance Programs.

Will you have other prescription drug coverage in addition to your former Employer's retiree plan? Yes No
If "yes", please list your other coverage and your identification (ID) number(s) for this coverage.

Name of other coverage:

ID # for this coverage:

Group # for this coverage:

Important Information About Your Medicare Part D Prescription Drug Plan

Express Scripts Medicare® (PDP), is offered by Medco Containment Life Insurance Company or Medco Containment Insurance Company of New York (for employer plans domiciled in New York). (When this document says "we," "us" or "our," it means Medco Containment Life Insurance Company or Medco Containment Insurance Company of New York (for employer plans domiciled in New York). When it says "plan" or "our plan," it means Express Scripts Medicare.) This coverage is Medicare Part D coverage and is in addition to your coverage under Medicare Parts A and B. You must keep your Medicare Parts A and/or B coverage in order to qualify for this plan. You must inform your former employer of any other prescription drug coverage you may have.

Enrollment Requirements

You can be in only one Medicare prescription drug plan at a time. If you are currently in a Medicare prescription drug plan, a Medicare Advantage Plan with prescription drug coverage, or an individual Medicare Advantage Plan, your enrollment in Express Scripts Medicare may end that enrollment.

You must live within the 50 U.S. states, the District of Columbia, Puerto Rico, the U.S. Virgin Islands, Guam, the Northern Mariana Islands or American Samoa, and be a U.S. citizen or lawfully present in the United States to participate in this plan. It is your responsibility to inform your former employer of any address changes.

You can join a new Medicare prescription drug plan or Medicare health plan from October 15 to December 7. Except in special cases, you cannot join a new plan at any other time of the year. If you leave this plan and don't have or get other Medicare prescription drug coverage or creditable coverage (as good as Medicare's), you may be required to pay a late enrollment penalty (LEP) if you go 63 days or more without Medicare Part D coverage or other creditable prescription drug coverage.

Some people may have to pay an extra premium amount because of their yearly income. If you have to pay an extra amount, the Social Security Administration – not your Medicare plan – will send you a letter telling you what that extra amount will be and how to pay it. If you have any questions about this extra amount, contact the Social Security Administration at 1.800.772.1213. TTY users call 1.800.325.0778.

Medicare beneficiaries with low or limited income and resources may qualify for Extra Help. If you qualify, your Medicare prescription drug plan costs will be less. Once you are enrolled in this drug plan, Medicare will tell the plan how much assistance you will receive and Express Scripts will send you information on the amount you will pay. If you are not currently receiving Extra Help, you can contact 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) to see if you might qualify. TTY users call 1.877.486.2048.

Once you are a member of this plan, you have the right to file a grievance or appeal plan decisions about payment or services if you disagree. Read your *Evidence of Coverage* to know which rules you must follow to receive coverage with this Medicare prescription drug plan.

This information is not a complete description of benefits. Contact Express Scripts Medicare for more information. Limitations, copayments and restrictions may apply. Benefits, premium (if applicable) and/or copayments/coinsurance may change on January 1 of each year. The formulary and/or pharmacy network may change at any time. You will receive notice when necessary.

Supplemental Health Enrollment Form

IMPORTANT: Read and Sign Below:

- **Release of Information:** By joining this Medicare Advantage Prescription Drug Plan/Prescription Drug Plan, I acknowledge that the plan will release my information to Medicare and other plans as is necessary for treatment, payment and health care operations. I also acknowledge that Express Scripts will release my information, including my prescription drug event data, to Medicare, who may release it for research and other purposes which follow all applicable Federal statutes and regulations.
- The information on this enrollment form is correct to the best of my knowledge. I understand that if I intentionally provide false information on this form, I will be disenrolled from the plan. I understand that people with Medicare are generally not covered under Medicare while out of the country, except for limited coverage near the U.S.border.
- I understand that I can be enrolled in only one MA or Part D plan at a time – and that enrollment in this plan will automatically end my enrollment in another MA or Part D plan (exceptions apply for MA PFFS, MA MSA plans).
- I understand that my signature (or the signature of the person legally authorized to act on my behalf) on this application means that I have read and understand the contents of this application. If signed by an authorized representative (as described above), this signature certifies that:
 - 1) This person is authorized under State law to complete this enrollment, and
 - 2) Documentation of this authority is available upon request by Medicare.

| | |
|--|---------------------------|
| Signature: | Today's Date: |
| If you are the authorized representative, you must sign above and provide the following information: | |
| Name: | Address: |
| Phone Number: | Relationship to Enrollee: |

© 2020 Express Scripts. All Rights Reserved.
Express Scripts and "E" Logo are trademarks of Express Scripts Strategic Development, Inc.
All other trademarks are the property of their respective owners.

CRP2101_007155.1



Lista de verificación para conversión de seguro de vida

Utilice la siguiente lista de verificación para guiarlo a través del proceso de cotización y solicitud de conversión de seguro de vida:

Solicitud de cotización – Sección A. Empleador/Administrador del grupo:

- Tenga en cuenta que el empleado debe solicitar la conversión de seguro de vida dentro de los 31 días a partir de la fecha de su pérdida de cobertura. Debe notificar al empleado sobre sus derechos de conversión inmediatamente después de su pérdida de cobertura. Si su solicitud se recibe después de 31 días, la cobertura de conversión de seguro de vida puede ser denegada.
- Complete la Sección A, firme y coloque la fecha al formulario de Solicitud de cotización para confirmar la información de elegibilidad del miembro.
- Envíe el formulario completo y esta lista de verificación al empleado inmediatamente después de su pérdida de cobertura.
- Una vez que haya confirmado toda la información en la Sección A, The Lincoln National Life Insurance Company trabajará directamente con el empleado/asegurado propuesto con respecto a su proceso de solicitud de conversión de seguro de vida.

Solicitud de cotización – Sección B. Empleado:

- Tenga en cuenta que tiene 31 días a partir de la fecha de su pérdida de cobertura para solicitar una póliza de conversión de seguro de vida individual. Si su solicitud se recibe en nuestra oficina después de 31 días, la conversión de seguro de vida puede ser rechazada. No se emitirá ninguna póliza ni se pagará ningún beneficio hasta que se reciba toda la información, incluida la prima.
- Llame al 1-800-423-2765 o envíe por correo electrónico su formulario de solicitud de cotización a ClientServices@LFG.com para recibir una cotización de conversión de seguro de vida individual: está convirtiendo una póliza grupal en una póliza individual y las primas están sujetas a cambios.
- Si decide aceptar la cotización de conversión de seguro de vida individual, se le enviará una copia de la ilustración cotizada para su revisión y una solicitud para firmar y devolver con su pago inicial de la prima del seguro.
- Una vez que haya recibido estos artículos, continúe con las siguientes instrucciones para completar el proceso de solicitud.

Solicitud de conversión de seguro de vida grupal – Sección A. Empleado/Miembro:

Para completar el proceso de solicitud, se deben devolver los siguientes elementos a The Lincoln National Life Insurance Company. Estos artículos deben devolverse dentro de los 31 días a partir de la fecha de pérdida de cobertura. No se emitirá ninguna póliza ni se pagará ningún beneficio hasta que se reciba toda la información, incluida la prima.

- Formulario de solicitud de cotización**
- Solicitud de conversión de seguro de vida grupal para cada asegurado propuesto (empleado, cónyuge e hijos)**
- Ilustración del seguro de vida: deberá firmar la página de firmas de la ilustración para cada asegurado propuesto (empleado, cónyuge e hijos)**
- Autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT) (si elige pagar mensualmente)**
- Pago de la prima inicial: basado en la prima cotizada en la ilustración del seguro de vida.**
- Por correo a:**
The Lincoln National Life Insurance Company
Apartado de correos 0821
Carol Stream, IL 60132-0821

Por favor, espere aproximadamente 60 días para finalizar la emisión de su póliza de conversión de seguro de vida Individual. Si necesita ayuda mientras tanto, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-423-2765.

Please call 800-423-2765 for a quote or email this form to ClientServices@LFG.com.

Mail this completed form and premium payment to:
The Lincoln National Life Insurance Company
PO Box 0821, Carol Stream, IL 60132-0821

REQUEST FOR QUOTE - LINCOLN GROUP CONVERSION

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| A. EMPLOYER/GROUP ADMINISTRATOR: Please note, the Employee must complete the Request for Quote/Application for Conversion within 31 days from the date their Loss of Coverage. | | |
| 1. Group Policy Name | Group ID | Policy Number |
| Covered Employee / Member Information: | | |
| 2. Name (First, MI, Last) | | 3. Date of Birth (mm/dd/yy) |
| 4. Date of Hire or Enrollment | 5. Date Employee Insurance Terminated | 6. Date Employment Terminated |
| 7. Amount of Lost Coverage: Amount \$ _____ | 8. Date Employee Last Worked: | |
| 9. Reason for Loss <input type="checkbox"/> Retirement <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Employment Terminated <input type="checkbox"/> Policy Termination <input type="checkbox"/> Age Reduction of Coverage: <input type="checkbox"/> Other, please explain: _____ | | |
| Covered Spouse Information: | | |
| 10. Amount of Lost Coverage for Spouse \$ _____ | | |
| Covered Dependent Information: | | |
| 11. Amount of Lost Coverage for Dependent \$ _____ | | |
| I, the Administrator of the Group Policy, declare that the information provided above is complete and true to the best of my knowledge. | | |
| Administrator Name (Please Print) | | Administrator Phone Number (include area code) |
| Administrator Email Address | | |

Signature of Employer / Group Administrator

Date

| | | | | | | | |
|---|------------|-----|-----------|--------------|---|--|--|
| B. EMPLOYEE/MEMBER: Please note, you must complete the Application for Conversion within 31 days from the date your Employment/Membership terminated or you had a loss of coverage. No policy will be issued and no benefit will be payable until all information, including premium is received. Please call 800-423-2765 for a Life Conversion quote (have this form available when calling) or email us at ClientServices@LFG.com. If you are interested in the proposed Life Conversion Quote, you will be sent a proposal document and Application for Conversion form to proceed with the Life Conversion Application Process. | | | | | | | |
| Proposed Insured Information: | | | | | | | |
| Employee Name | | | | Employee SSN | | Employee Cigarette Use <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Employee Address | | | | | | | |
| | First Name | MI. | Last Name | SSN | Gender | Birth Date | Cigarette Use |
| SPOUSE: | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| CHILDREN: | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

Mail to:
The Lincoln National Life Insurance Company
PO Box 0821, Carol Stream, IL 60132-0821

APPLICATION FOR CONVERSION OF GROUPLIFE INSURANCE

A. APPLICANT/PROPOSED INSURED: Please call 800-423-2765 for a Life Conversion Quote. You must complete the Application for Conversion within 31 days from the date your group insurance terminated. Please note, eligibility will NOT be confirmed until the completed and signed application is received by the Company.

| | | |
|-------------------------|-------------|------------------------|
| 1. a. Group Policy Name | b. Group ID | c. Group Policy Number |
|-------------------------|-------------|------------------------|

Proposed Insured Information:

| | |
|--|---|
| 2. Name (First, MI, Last) | |
| 3. Date of Birth (mm/dd/yy) | 4. Social Security Number |
| 5. Address (Street, City, State, ZIP) | |
| 6. Phone Number (include areacode) | 7. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| 8. Has the Proposed Insured become eligible for any other Group Insurances since the date the life insurance terminated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If "Yes," for how much? _____ | |

Coverage Information: (As available per product. After calling for a quote, you will receive an illustration that will assist you with completing these questions.)

| |
|--|
| 9. Plan of Insurance _____ |
| 10. Amount of Insurance (Specified Amount, if UL or VUL) \$ _____ |
| 11. Have you smoked any cigarettes in the past 12 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 12. Premium Mode (check one) a. <input type="checkbox"/> Annual b. <input type="checkbox"/> Semi-Annual c. <input type="checkbox"/> Quarterly d. <input type="checkbox"/> Monthly (Bank draft required for this option, please complete the attached EFT form.) |
| 13. a. Death Benefit Option <input type="checkbox"/> Level <input type="checkbox"/> _____ (Not available with all products, see product specifications for details) |
| b. Death Benefit Qualification Test (DBQT) - For IRS purposes, premiums will be tested using: <input type="checkbox"/> GPT <input type="checkbox"/> CVAT The DBQT cannot be changed after issue unless the terms of the policy require a change. |
| 14. Additional Benefits and Riders (If applicable): <input type="checkbox"/> Accelerated Benefit Rider <input type="checkbox"/> Other Benefits and Riders (not listed above). (Please provide full details: e.g. coverage amounts/percentages/etc.): |

Beneficiary Information: (If naming more than one Primary or Contingent Beneficiary, please attach a separate sheet of paper.)

| | | |
|---------------------------------|-----------------|---------------------------|
| 15. Primary Beneficiary Name | a. Relationship | b. Social Security Number |
| 16. Contingent Beneficiary Name | a. Relationship | b. Social Security Number |

Proposed Owner Information: (Complete this Section if the Proposed Insured is not the Owner.)

| | |
|---|--------------------------------------|
| 17. Full Name of Owner | 18. Relationship to Proposed Insured |
| 19. Address of Owner (Street, City, State, ZIP) | 20. Owner SSN or TIN |



B. SUITABILITY (Complete only if applying for Variable Life Insurance and submit allocation form(s) with this Application.)

- 1. Have you, the Proposed Insured(s) and the Owner, if other than the Proposed Insured(s), received a current Prospectus for the policy applied for and have you had sufficient time to review it? Y N
- 2. Do you understand that the amount and duration of the death benefit may increase or decrease depending on the investment performance of funds in the Separate Account? Y N
- 3. Do you understand that the cash values may increase or decrease depending on the investment performance of the funds held in the Separate Account? Y N
- 4. With this in mind, do you believe that the policy applied for is in accord with your insurance objective and your anticipated financial needs? Y N

CASH VALUES MAY INCREASE OR DECREASE IN ACCORDANCE WITH THE EXPERIENCE OF THE SEPARATE ACCOUNT. THE DEATH BENEFIT MAY BE VARIABLE OR FIXED UNDER SPECIFIED CONDITIONS.

SERVICE OFFICE ENDORSEMENTS (For Company Use Only. We will attach additional documentation as needed.)

AGREEMENT AND ACKNOWLEDGEMENT

I, the Owner, certify my TIN or SSN as provided by me is correct. I also certify that I am not subject to backup withholding. Each of the Undersigned declares that:

- 1. This Application consists of: a) Application for Conversion of Group Life Insurance; b) any amendments to the application(s) attached thereto; and d) any supplements, all of which are required by the Company for the plan, amount and benefits applied for.
- 2. No agent, broker or medical examiner has the authority to make or modify any Company contract or to waive any of the Company's requirements.
- 3. I HAVE READ, or have had read to me, the completed Application for Conversion of Group Life Insurance before signing below. All statements and answers in this application are correctly recorded, and are full, complete and true. I confirm that upon receipt of the contract I will review the answers recorded on the application. I will notify the Company immediately if any information in the application is incorrect. Caution: If your answers on this application are incorrect or untrue, the Company may have the right to deny benefits or rescind coverage under the policy and any riders attached to it.
- 4. I agree that with the acceptance of any policy issued on the life of the Proposed Insured, all rights under the Group Policy for such person are relinquished.
- 5. Corrections, additions or changes to this application may be made by the Company. Any such changes will be shown under "Service Office Endorsements". Acceptance of a policy issued with such changes will constitute acceptance of the changes. No change will be made in classification (including age at issue), plan, amount, or benefits unless agreed to in writing by the Applicant.

STATE DISCLOSURE AND SIGNATURE

Any person who, with intent to defraud or knowing that he/she is facilitating fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement may be guilty of insurance fraud.

To the best of my knowledge and belief, the answers given above are true and complete. I agree that: (a) this application, a copy of which will be attached to the policy when issued, will be a part of the policy; (b) by acceptance of any policy issued on the life of the Proposed Insured, all rights under the Group Policy for such person are relinquished; and (c) only an officer of the Company can make or alter a contract of insurance or bind the Company in any way.

WHEN INSURANCE TAKES EFFECT. The Insurance applied for on any person to be insured will take effect on the 1st day of the month following the termination of the group coverage if the first premium is paid during the conversion period and the lifetime of the Proposed Insured. Upon timely receipt by the Company of the conversion application and first premium, coverage will be available to the Owner(s) and/or any beneficiaries either under the group policy or the Company's new policy/certificate, but not under both.

Signed in _____, this _____ day of _____ (state) (month) (year)

Signature of Proposed Insured
(Parent or Guardian if under 15 years of age)

Signature of Owner (If other than the Proposed Insured)
(Parent or Guardian if under 15 years of age)

Signature of Licensed Agent, Broker or Registered Rep.

Printed Name of Licensed Agent, Broker or Registered Rep.

APPLICABLE TO VARIABLE LIFE ONLY: I have reviewed the Application, Supplements, New Account Form and allocation forms and find the transaction suitable.

Signature of Registered Principal or Broker/Dealer

Printed Name of Registered Principal or Broker/Dealer

Directorio de jubilados en línea

Yo, _____, doy permiso para que solo la información personal que he identificado a continuación se incluya en Elon
(nombre en letra imprenta)
Sitio web de la universidad.

Por favor, IMPRIMA o ESCRIBA la siguiente información y envíe el formulario electrónicamente a hr@elon.edu o envíelo a la Oficina de Recursos Humanos, 2070 Campus Box, Elon, NC 27244. Una vez recibida, la información se agregará al sitio web de Elon University.

Por favor, escriba o imprima solo la información que desea que aparezca en el sitio web y firme a continuación.

Sr. Srta. Sra. Señorita Dr(a).

Primer nombre

Segundo nombre _____

Apellido _____

Sufijo _____

Dirección Postal

Calle o apartado de correos _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono (incluya el código de área) _____

Dirección de correo electrónico _____

Firma

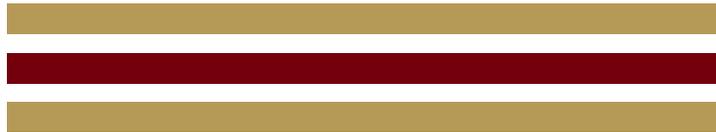
Campo de fecha/hora

Este formulario se puede encontrar en línea en www.elon.edu/e-web/bft/hr/retirementPlan.xhtml

Información de contacto



| | Número de teléfono | Sitio web/Correo electrónico |
|---|---|--|
| Benistar | | |
| Departamento de atención al cliente – Amber Willis | 1-800-236-4782 | - |
| The Hartford – Nombre: Nombre del asegurado /ID de miembro: Identificador de beneficiario de Medicare/Número de póliza grupal: AGP-007040 | | |
| Express Scripts – Información sobre adjudicación de reclamaciones: PDP / RxBin de Express Scripts: 00358 / RxPCN: MD / RxGrp: BXMA / ID de miembro / Nombre / Fecha de nacimiento del miembro | | |
| Departamento de elegibilidad – Jane Moticka | 1-800-236-4782 extensión 5217 | jmoticka@benistar.com |
| Lincoln Financial Group | | |
| Nota: Solo 31 días para elegir cobertura | 1-800-423-2765 | clientservices@lfg.com |
| Wellfleet | | |
| Contáctenos si desea conservar sus beneficios de Wellfleet. | 1-855-664-5838 | www.wellfleetworkplace.com/register |
| Aflac | | |
| Brandon Harvey – Comuníquese si desea conservar sus beneficios de Aflac. | 336-991-4590 | brandon_harvey@us.aflac.com |
| TIAA | | |
| Plan de jubilación | 1-800-732-8353 | tiaa.org/schedulenow |
| Administración del Seguro Social | | |
| Administración del Seguro Social | Oficina de Greensboro: 877-319-3075 Oficina de Reidsville: 866-748-2091 Oficina de Durham: 888-759-3908 Oficina nacional: 800-772-1213 | ssa.gov |
| Medicare | | |
| Medicare | 1-800-633-4227 | medicare.gov |
| Elon University | | |
| Oficina de Recursos Humanos | 1-336-278-5560 | elon.edu/u/fa/hr/ |



Guía de beneficios para jubilados 2025 de Elon University