

Nombre de la Cuenta: _____

No. de Identificación Fiscal: _____ No. de Grupo: _____ No. de Agente: _____

Aceptación de la Cuenta de Nómina

Para que se procese, deben completarse todas las secciones que correspondan.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA CUENTA

- Cuenta de Nómina Nueva con Aflac
 Cambios a una Cuenta de Nómina Existente con Aflac
 Cuenta Dividida o Transferida

Número de Grupo: _____

Transfiriendo de la Cuenta: _____

¿Estará la cuenta dividida nueva afiliada con una cuenta existente con Aflac? Sí, Cuenta: _____ No

¿Tiene esta cuenta múltiples ubicaciones y cada una de las cuales requiere una factura? Sí No

¿Hay algunas pólizas existentes a ser incluidas en esta cuenta? Sí No (Si la respuesta es sí, envíe a la Sede Mundial de Aflac una lista de las pólizas en una hoja por separado, junto con el formulario completado de Aceptación de la Cuenta de Nómina).

Nombre de la Cuenta:

Tipo de Negocio:

No. de Identificación Fiscal:

No. de la Solicitud de SIC en Internet:

Afiliada/Subsidiaria de (si corresponde):

No. de la Cuenta Principal:

Dirección Postal:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección Física: Marque aquí si es igual a la dirección postal (no se acepta apartado de correo postal).

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

Fax (si corresponde):

No. Total de Empleados: _____

No. Total de Empleados Elegibles para Beneficios: _____

No. Total de Empleados Elegibles con Formulario W-2: _____

No. Total de Trabajadores Elegibles con Formulario 1099: _____

¿Solicitarán cobertura los trabajadores elegibles con el Formulario 1099? Sí No

¿Es una empresa de contratación o agencia de personal?
 Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Solicitarán cobertura los empleados temporales/contratados? Sí No

Dirección de la Página Web de la Cuenta (si corresponde):

¿Se ha establecido una cuenta con Aflac New York? Sí No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre y número de grupo:

American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac)
Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999 • 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522)
En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)

Nombre de la Cuenta: _____
No. de Identificación Fiscal: _____ No. de Grupo: _____ No. de Agente: _____

Por favor, consulte al contacto de la nómina del empleador para asegurarse de que la siguiente sección se complete correctamente.

¿Qué motivó a su organización para empezar a ofrecer los productos de Aflac a sus empleados? (Marque todo lo que corresponda).

- Petición del Empleado/Miembro
 Mejorar el Paquete de Beneficios
 Recomendación de un Corredor o un Asesor de Beneficios
 Agente/Asociado de Ventas
 Promoción Comercial
 Buena Calidad de los Productos de Aflac
 Otro: _____

2. INFORMACIÓN SOBRE INSCRIPCIÓN

Período de Inscripción: ¿Cuánto durará el período de inscripción? _____ (Las opciones son 30, 60, ó 90 días).

¿El período de inscripción excederá 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿Ha sido aprobado por el Departamento de Sales Support (Apoyo a las Ventas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Proveedor(es) de Inscripción: Fuerza de Ventas Corredor Empresa para Inscripción Se desconoce
 (Si selecciona Empresa para Inscripción, por favor proporcione el nombre de la Empresa para Inscripción y el No. de Agente)

Nombre de la Empresa para Inscripción _____

No. de Agente de la Empresa para Inscripción (si corresponde): _____

Método(s) de Inscripción: Individual SNG Papel Individual con computadora portátil de una 3^{era} Parte Centro de Llamadas Internet

Nombre de la Plataforma de Inscripción (si corresponde): _____

3. INFORMACIÓN SOBRE FACTURACIÓN

3a. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTACTO PARA FACTURACIÓN

AVISO: Aflac se comunicará con la persona designada como contacto para facturaciones para revisar la información.

Todas las cuentas con menos de 1,000 empleados recibirán su factura a través del sistema WingspanSM Online Services for Accounts system (Servicios en Internet para Cuentas WingspanSM de) Aflac. Con la función de Servicios en Línea Online Billing, usted tiene la opción de efectuar los pagos y reconciliar su cuenta en línea. Una vez su cuenta esté establecida, puede enviar su factura y pagos electrónicamente, desde la cuenta del banco abajo indicado. En ese momento, si lo prefiere, puede también elegir pagar por medio de un cheque enviado por correo. Aflac no debitará su cuenta hasta que usted haya reconciliado su cuenta y enviado su facture para el pago. No se efectuará ninguno de los ajustes o cambios solicitados hasta que el pago se haya recibido o se complete la transacción.

No. de Ruta del Banco:	No. de Cuenta:	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente (Checking) <input type="checkbox"/> Ahorros (Savings)
------------------------	----------------	---

Contacto para Consultas sobre Facturaciones: Sr. Srta. Tennyson Lum Jr.

Teléfono del Contacto para Facturaciones: Ext: (808) 792-5212	Fax (si aplica): (808) 792-5252
---	---------------------------------

Mejor Horario para Llamar: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Correo Electrónico del Contacto para Facturaciones (se requiere): tlumjr@piopac.com
--	---

¿Será un asociado, corredor u otra tercera parte quienes cobren y remitan las primas de Aflac? Sí No
 Si la respuesta es sí, proporcionar a continuación el nombre y la información del contacto.

Nombre: PIOPAC Fidelity	Teléfono del Contacto: (808) 792-5212
-------------------------	---------------------------------------

Nombre de la Cuenta: _____

No. de Identificación Fiscal: _____ No. de Grupo: _____ No. de Agente: _____

3b. FRECUENCIAS DE FACTURACIÓN

Fecha de Vencimiento de la Factura: ¿En qué día del mes desea que venza su factura de Aflac (1ro ó el 15to)?

¿Con qué frecuencia desea recibir su factura de Aflac?

- Mensual (Aflac facturará por el número de deducciones efectuadas en el mes anterior. Por ejemplo: Las deducciones realizadas del 1 al 31 de enero vencerán en febrero).

Aviso: Las cuentas con frecuencias (facturaciones de 8, 9, ó 10 meses) no pueden tener deducciones semanales o quincenales.

- 8-Meses (8 facturas) 9-Meses (9 facturas) 10-Meses (10 facturas)

Para 8, 9 ó 10 meses, indique los meses en los que no se efectuará ninguna deducción:

enero feb. marzo abril mayo junio julio agosto sept. oct. nov. dic.

Trimestral (4 facturas)

Semestral (2 facturas)

Anual (1 factura)

Para facturación trimestral, semestral y anual, las primas iniciales deben enviarse junto con las solicitudes.

Nombre de la Cuenta: _____

No. de Identificación Fiscal: _____ No. de Grupo: _____ No. de Agente: _____

3c. FORMATO DE LA FACTURACIÓN

Marque aquí si la cuenta utiliza el Número de Seguro Social como número de empleado.

¿En qué orden desea que sus empleados aparezcan en su factura?

(Si elige más de una opción, por favor enumérelas de acuerdo a su prioridad).

Alfabético _____ No. de Departamento _____ No. de Empleado _____

EJEMPLO: Para solicitar una factura con los empleados indicados bajo sus números de departamento y en orden alfabético, usted deberá marcar:

Alfabético 2 No. de Departamento 1 No. de Empleado 25

4. INFORMACIÓN SOBRE LAS DEDUCCIONES

Contribuciones del Empleador: ¿Paga el empleador alguna porción de este beneficio? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor indique el porcentaje: _____ % O la cantidad fija de dólares: \$ _____

El porcentaje o cantidad de dólares debe ser un número entero, tal como el 50% ó \$10.

En base a la información provista en esta sección, Aflac determinará el número de períodos de deducción facturados cada mes (cuando la cuenta escoja facturación mensual).

Si usted elige la frecuencia de facturación mensual, indique el número de deducciones de nómina realizadas anualmente para las primas de seguros.

Marque aquí si las primas se deducen con distintas frecuencias para diferentes empleados (por ejemplo, a algunos empleados se les deduce semanalmente, mientras que a otros se les deduce cada dos semanas) e indique las distintas frecuencias que existen para la cuenta. Se establecerá una cuenta(s) adicional(es) utilizando esta información.

Deducción inicial: ¿Cuándo comenzarán las deducciones de la prima?

Aviso: La fecha de la primera deducción debe reflejar la fecha en que la cuenta de nómina obtiene físicamente los fondos de sus empleados. No coincide necesariamente con la fecha de pago de los empleados. Las deducciones de 52, 26, 24 y 12 no aplican para las facturaciones de 8, 9 ó 10 meses.

52 Deducciones – Fecha de la primera deducción: ____/____/____ Fecha de la segunda deducción: ____/____/____

26 Deducciones – Fecha de la primera deducción: ____/____/____ Fecha de la segunda deducción: ____/____/____

24 Deducciones – Fecha de la primera deducción: ____/____/____ Fecha de la segunda deducción: ____/____/____

12 Deducciones – Fecha de la primera deducción: ____/____/____ Fecha de la segunda deducción: ____/____/____

¿Retiene el empleador las deducciones en los fines de semana? Sí No

AVISO: Al firmar con las iniciales en esta casilla, el empleador entiende que los pagos de las primas se deben a Aflac en la fecha de vencimiento de cada factura y los pagos se consideran que han pasado de dicha fecha de vencimiento 10 días después de la fecha de vencimiento de la factura. Por lo tanto, el empleador hará todo lo posible para proporcionar a Aflac los pagos de las primas antes de la fecha de vencimiento de cada factura.

Nombre de la Cuenta: _____		
No. de Identificación Fiscal: _____	No. de Grupo: _____	No. de Agente: _____

5. INFORMACIÓN REFERENTE AL ESTADO FISCAL DE LOS PAGOS DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE INCAPACIDAD

Si la cobertura para incapacidad está financiada con contribuciones del empleador, con contribuciones del empleado antes de impuestos, o con una combinación de ambas, entonces los beneficios por incapacidad que un empleado recibe al incapacitarse se incluirán en los ingresos del empleado y están sujetos por completo a impuestos cuando se pagan. Además, los impuestos de FICA deben retenerse y pagarse por todos los beneficios mencionados, durante los primeros seis meses después que comience la incapacidad. Cuando, según se indica abajo, la cobertura esté financiada con contribuciones del empleador o contribuciones del empleado antes de impuestos, Aflac notificará al empleador sobre la cantidad de beneficios a ser pagados por la incapacidad. Aflac retendrá la porción del empleado de impuestos de FICA y se depositarán tales impuestos con el gobierno, según se requiere por el Código de Rentas Internas. **Se requerirá que el empleador proporcione la porción de tal empleador sobre los impuestos de FICA y FUTA que correspondan y que presente un informe sobre los pagos de beneficios en su Formulario 941 y en el Formulario W-2 del empleado.**

El empleador autoriza a que sea incluida la cobertura de incapacidad como parte de este acuerdo: Sí No

AVISO: Si la respuesta es sí en la pregunta de arriba, debe marcarse por lo menos un tipo de incapacidad.

Todas las preguntas a continuación se deben responder si se va a ofrecer cobertura para incapacidad.

- **Tipos de cobertura de incapacidad autorizadas:** Accidente/Incapacidad Incapacidad a Corto Plazo Fuera del trabajo
- **Cláusulas adicionales autorizadas:** Fuera del trabajo En el trabajo Enfermedad Cónyuge

¿Se financiará alguna porción de las primas para incapacidad con contribuciones del empleador? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor indique el porcentaje: _____% O la cantidad fija de dólares : _____

El porcentaje o cantidad de dólares debe ser un número entero, tal como 50% ó \$10.

¿Se financiará alguna porción de las primas para incapacidad con contribuciones del empleado? Sí No

Este empleador es un empleador del gobierno exento de FICA o de una porción de FICA. Sí No

Los empleados de este empleador califican para Impuestos de Jubilación de la Red de Ferrocarriles (Railroad Retirement Tax, RRTA, por sus siglas en inglés). Sí No

AVISO: La incapacidad causada por o a consecuencia de ciertas circunstancias no estará cubierta. Consulte cada póliza para determinar la cobertura, limitaciones y exclusiones específicas.

6. WINGSPANSM PLAN DE CAFETERÍA

Por favor, consulte con el contacto del plan de cafetería de la nómina del empleador para asegurarse de que la próxima sección se complete correctamente.

- Nuevo WingspanSM Plan de Cafetería
- Petición de Cambio WingspanSM Plan de Cafetería
- Petición de Número de Cuenta de Nómina Adicional para un Plan Existente de WingspanSM Plan de Cafetería

Nombre del Plan/Compañía:	No. de Identificación Fiscal:
---------------------------	-------------------------------

Tipo del Plan: ¿Qué tipo de plan de cafetería será este? [Flexible Spending Account = FSA (Cuentas de Gastos Flexibles)]

- Prima Solamente – sin FSA
- Administrado por sí mismo con FSA (el empleador procesa las reclamaciones de FSA)

Año del Plan: ¿Cuáles son las fechas de este plan?

Fecha de Comienzo del Plan: _____ / _____ / _____ Fecha de Terminación del Plan: _____ / _____ / _____

Patrocinador del Plan/Representante Legal: Indique el patrocinador y representante legal para este plan de cafetería.

Patrocinador del Plan/Contacto Principal:	Correo electrónico:
Teléfono:	Fax:
Nombre del Representante Legal:	Título:

Nombre de la Cuenta: _____
 No. de Identificación Fiscal: _____ No. de Grupo: _____ No. de Agente: _____

¿Se trata de una compañía de contrataciones o una organización de empleados profesionales (PEO, por sus siglas en inglés)? Sí No

Tipo de Negocio: Corporación Corporación Sub S Sociedad Comercial Propietario Único
 Otro _____

Requisitos: Indique los criterios de calificación (por ejemplo, fechas en que califica, excepciones) para su plan de cafetería.

Los empleados calificarán: Inmediatamente en el primer día de empleo.
 En el _____ día siguiente al comienzo del empleo.
 En el primer día del mes siguiente a _____ días de empleo.
 Otro _____

Todos los empleados calificarán bajo el plan excepto: _____

Autorización para Agregar Beneficios a Medios del Año (Complete si está agregando beneficios a mediados del año a WingspanSM plan de cafetería).

Fecha en que Comienza la Vigencia de los Beneficios Adicionales: ____/____/____

Beneficios del Plan de Cafetería: (Para agregarlos, la cuenta debe calificar bajo la Sección 106 del Código de Rentas Internas).

Marque los planes a ser agregados:

- Médico Incapacidad a Largo Plazo Cuidado de la Vista Cuidados Intensivos
- Incapacidad a Corto Plazo Accidente Cáncer Indemnización por
- Dental Vida a Término Fijo para Grupo Incidencia Específica de la Salud Hospitalización
- Indemnización Personal por Enfermedad HSA (Sección 223)

Compañías Afiliadas: Indique los nombre y números de Identificación fiscal de todas las compañías que adopten este plan.

Nombre de la Compañía:	Número de Identificación Fiscal:

7. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES ADMINISTRADOS POR SÍ MISMO (FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT FSA, por sus siglas en inglés)

(no aplica a los Planes de Primas Solamente)

Tipos de Cuentas de Gastos Flexibles: ¿Qué tipos de FSA se incluirán en este plan de cafetería? (Complete para los planes administrados por sí mismo).

- Sección 105: Máximo anual de gastos médicos no reembolsados para cada participante solicitado por el empleador: \$ _____
 Marque aquí para incluir la opción del Período de Gracia para este beneficio.
- Sección 129: El máximo anual para el cuidado de hijos Dependientes para cada participante no puede por ley, exceder de \$5,000.
 Marque aquí para incluir la opción del Período de Gracia para este beneficio.

8. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE CAFETERÍA DE OTRO PROVEEDOR (QUE NO SEA WINGSPANSM PLAN DE CAFETERÍA)

Por favor, consulte con el contacto del plan de cafetería de la nómina del empleador para asegurarse de que la próxima sección se complete correctamente.

Fechas requeridas del año actual del plan: ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

Fechas de renovación requeridas: ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

Autorización para Agregar Beneficios a Medios del Año (Complete SÓLO si se agregan beneficios, a mediados del año a un plan que no sea del plan de cafetería WingspanSM).

Fecha Efectiva del Comienzo de Beneficios Adicionales: ____/____/____

Beneficios (marque los nuevos beneficios a ser agregados):

- Médico Incapacidad a Largo Plazo Cuidado de la Vista Cuidados Intensivos
- Incapacidad a Corto Plazo Accidente Cáncer Indemnización por
- Dental Vida a Término Fijo para Grupo Incidencia Específica de la Salud Hospitalización
- Indemnización Personal por Enfermedad HSA (Sección 223)

Nombre de la Cuenta: _____

No. de Identificación Fiscal: _____ No. de Grupo: _____ No. de Agente: _____

9. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS – EMPLEADOR

Aflac le garantiza que le reembolsará sin cuestionar la prima pagada por adelantado para cualquier empleado que deje el empleo después de haberse remitido la prima, pero antes de que comiencen las deducciones de la nómina. Aflac también acuerda considerarle libre de responsabilidad por cualquier demanda en contra usted debido a cualquier desacuerdo entre sus empleados y nuestra compañía, con respecto a la cobertura provista bajo nuestras pólizas de seguros emitidas para sus empleados, excepto cuando sea a consecuencia de mala conducta o negligencia cometida por usted o cualquiera de sus empleados o por violaciones de sus responsabilidades bajo las leyes estatales y federales.

El empleador está de acuerdo en proporcionar a Aflac (y a sus agentes) con cierta información personal de identificación (que incluye pero no se limita a compensación, números de Seguro Social, direcciones, etc.) referente a sus funcionarios y empleados, para que Aflac (y sus agentes) la utilicen en la administración del plan de cafetería del empleador (que incluye el FSA del cuidado médico y de dependientes) y de los productos y servicios de Aflac.

Usted autoriza a Aflac para ofrecer este programa del seguro a nuestros funcionarios y empleados. Entiendo que todos los solicitantes deben calificar para recibir cobertura de acuerdo con los requisitos de suscripción al seguro para cada producto y que los pagos para tal cobertura serán deducidos de los sueldos y remitidos a Aflac por mi organización.

El siguiente párrafo sólo corresponde si va a establecerse un plan de cafetería de WingspanSM:

El empleador planea establecer/enmendar un plan de beneficios flexibles, de acuerdo con la Sección 125 del Código de Rentas Internas. El empleador acepta que ni Aflac ni sus agentes le están dando consejos legales o sobre impuestos, ni están dando servicios como administrador del plan o fideicomisario del plan. El empleador será la única parte responsable de establecer el plan bajo la ley que corresponda. Aflac no tendrá poder o autoridad para ceder, alterar, incumplir o modificar ninguno de los términos y condiciones del plan. El empleador retendrá toda responsabilidad y obligación del plan, excepto según pudiera ser acordada específicamente por escrito por un funcionario de Aflac. El patrocinador/administrador del plan deberá consultar su propio asesor de impuestos con respecto al plan y a cualquiera de los cambios a dicho plan. El empleador acusa recibo del Resumen de Responsabilidades del Patrocinador del Plan (Summary of Plan Sponsor Responsibilities) y acuerda en cumplir sus responsabilidades según se indican en el mismo.

Nombre/Título del Funcionario que Autoriza (*por favor, escriba en letra de imprenta*): Sr. Srta.

Correo Electrónico del Funcionario que Autoriza:

Firma del Funcionario que Autoriza:

Fecha:

Nombre de la Cuenta: _____
No. de Identificación Fiscal: _____ No. de Grupo: _____ No. de Agente: _____

10. INFORMACIÓN DEL CORREDOR ÚNICAMENTE

(Esta sección se usa para dar seguimiento solamente y no causa que la solicitud quede pendiente de emitirse. Esta sección debe incluir el número del agente de la firma de corredores o del productor responsable).

Nombre de la Compañía del Corredor: _____	
Nombre del Corredor de Servicio: _____	
Número del Corredor de Servicio: _____	No. de Identificación del Empleado: _____

11. SEGURIDAD/EXCEPCIÓN DEL CORREDOR

(Esta sección es para utilizarse solamente si el corredor será compensado mediante la comisión de override/sit. code.)

Nombre del Corredor: _____		
Número del Corredor: _____	Código de Sit: _____	Nivel: _____

Marque aquí si en esta cuenta no participa ningún corredor.

12. ASOCIADO/AGENTE

Acepto que Aflac tiene el derecho absoluto y exclusivo para determinar quién podrá solicitar y prestar servicios a las cuentas con deducciones de nómina, y que Aflac puede asignar y/o reasignar a cualquier cuenta para brindarle servicios y designar a la persona que puede pedir solicitudes de personas en la cuenta. Confirmando que no soy un empleado, funcionario, director, dueño ni familiar de ninguno de los precedentes (también indicados como partes interesadas según la definición de ERISA). Reconozco que en el caso de las Cuentas Clave (Key Accounts), según lo definido en los Procedimientos de Administración de las Cuentas Clave (Key Account Management Procedures), se seguirán las debidas directrices para proporcionar a la cuenta el servicio más eficiente. Confirmando que registraré a cualquier cuenta de ese tipo con la Administración de Cuentas Clave, sin importar si utilizo o no su asistencia para la gestión y coordinación en general de la inscripción. Entiendo que, sin la aprobación específica por escrito de Aflac, no estoy autorizado(a) para cobrar las primas de esta cuenta.

Firma del Asociado/Agente: _____		Fecha: _____
Nombre del Asociado/Agente: _____		
Número del Asociado/Agente: _____	Código de Sit.: _____	Código Geográfico: _____
Número de Teléfono: _____	Número de Fax: _____	

¿Obtuvo la cuenta por medio de una adquisición competitiva? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, liste el/los competidor(es) envuelto(s): _____

Nota: Una adquisición competitiva ocurre cuando un proveedor existente ya está trabajando con la cuenta y la persona a cargo decide cambiar a Aflac.

Nombre de la Cuenta: _____		
No. de Identificación Fiscal: _____	No. de Grupo: _____	No. de Agente: _____

Seguro de Incapacidad a Corto Plazo para Grupo

Número de Empleados que Califican en la Compañía:	Requisitos de Participación (%):
---	----------------------------------

(Se requiere un mínimo de 30% de participación, de empleados que califiquen).

Emisión Garantizada Solamente:

Cantidad del Beneficio	\$
Período de Eliminación (Lesión/Enfermedad)	
Período de Beneficio	

Emisión Simple Solamente:

Cantidad del Beneficio	\$
Período de Eliminación (Lesión/Enfermedad)	
Período de Beneficio	

Fecha de Aprobación del Seguro de Incapacidad a Corto Plazo para Grupo: _____ / _____ / _____

Fecha de Retirada del Seguro de Incapacidad a Corto Plazo para Grupo: _____ / _____ / _____

Requisitos para el Plan de Seguro Dental

Fecha de Comienzo del Plan Dental: _____ / _____ / _____

Fecha en que Cesa el Plan Dental: _____ / _____ / _____

Número de Empleados que Califican en la Compañía para el Seguro Dental:	Requisitos de Participación:
---	------------------------------

Requisitos para el Plan de Cuidado Prolongado

Fecha de Comienzo del Plan de Cuidado Prolongado: _____ / _____ / _____

Fecha en que Cesa el Plan de Cuidado Prolongado: _____ / _____ / _____

Plan Revisado de Incapacidad a Corto Plazo

Exento de la Tabla de Ingresos de Salarios Estándar (Standard Salary Income Chart): _____

Plan Revisado de Reemplazo de Ingresos por Accidente/Incapacidad

Exento de la Tabla de Ingresos de Salarios Estándar (Standard Salary Income Chart): _____