



**INSTRUCTIONS**

FÄ V@Áã } æ |^Á -Á@ÁQ~ |^áÁ} áÁÚ[ & [ , ] ^ | ÁGÁ @ | Á@} ÁQ~ |^áÁ} Á~ ~ á^áÄÄ

GÄ V@Á | { Á ~ • Á^Á& [ ] | ^ áÄÄ } ^ áÄ} á provided to your employer.Á

HÄ Öã^Á: ||Á^\* áÁ} æ ^Á -Á æ & Á^ } ^ - áæ^ Á} áÁ | áá } • @ Á Á @ ÁQ~ |^áÄÄ

Á  
Á  
Á

**SAMPLE BENEFICIARY DESIGNATIONS**

Á

FÄ WÞPCE ÖÖÁPÖÖÜÖPÁÜÁÖPÖÖÖÖÜÖÜKÁV@Á^\* áÄ} æ | áÁ | Áá [ ] á^á&áÁ | & á^ } Á  
[ -Á@ÁQ~ |^áÄÄ

GÄ ÚÜËVÞÖÜÜPÁÜÁÖPÖÖÖÖÜÖÜKÁV@Á^\* áÄ} æ | áÁ | Áá [ ] á^á&áÁ | & á^ } Á  
] áá ^ | • @ Á& [ ] | • ^ áÁ -Á @ Á PÄÖ [ ^ Á} áÁ & @ áÁ ÖÖ [ ^ Ä

HÄ ÖÜÜÜÜÜÜÜPÁÜÁÖPÖÖÖÖÜÖÜKÁV@Á^\* áÄ} æ | áÁ | Áá [ ] á^á&áÁ | & á^ } Á  
& [ ] | | áá } Á^\* á á^ áÁ } á^ | Á@ Á} • Á -Á@ ÁÜæ^ Á -ÁÖ\ á } • æ Ä

I Ä VÜWÜVÁÜÁÖPÖÖÖÖÜÖÜKÁV @ Á PÄÖ [ ^ ÄV | ~ • á^ Á } á^ | ÁV | ~ • áÖ | ^ { ^ } áæ áÁ ' ' ' ' ' ' Ä  
' ' ' ' ' ' Ä

Í Ä ÖPÜÜÜÜÜÜÜÜPÁÜÁÖPÖÖÖÖÜÖÜKÁV @ Á PÄÖ [ ^ ÄV | ~ • á^ Á } á^ | ÁV | ~ • áÖ | ^ { ^ } áæ áÁ ' ' ' ' ' ' Ä

**This coverage is provided only on employees who are eligible and enrolled in medical plans issued by Providence Health Plans to the Policyowner, the Bend Chamber of Commerce. Benefits are payable to your beneficiary as designated on this form.**