



**** Envíe este formulario solamente si desea hacer algún cambio a su designación de beneficiario ****

FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

Póliza # _____ **Nombre del Asegurado** _____

Propietario (si es diferente al asegurado) _____

Instrucciones para llenar el formulario:

1. Este formulario se debe llenar con tinta y no se debe alterar con corrector líquido. Escriba con letra de molde.
2. Anote el nombre legal completo del nuevo beneficiario o beneficiarios, su relación con el asegurado, su dirección, correo electrónico, fecha de nacimiento y número de seguro social.
3. Si dos o más beneficiarios van a compartir el beneficio conjuntamente, escriba todos los nombres en el área designada al beneficiario primario. A menos que se indique de otra manera el beneficio de la póliza será repartido equitativamente entre los beneficiarios conjuntos. Por favor utilice otra hoja de papel si necesita más espacio para todos los nombres e información.

Beneficiario Primario – La persona que recibirá el beneficio de la póliza en caso de fallecimiento del asegurado.

Beneficiario Contingente – La persona que recibirá el beneficio de la póliza en dado caso que el beneficiario primario falleciera antes que el asegurado.

Atención – Si designa como beneficiario a una persona menor de edad, podremos pagar el beneficio a la persona designada legalmente como guardián de la herencia del menor, de lo contrario retendremos el beneficio hasta que el menor cumpla la mayoría de edad.

Las regulaciones estatales de FL, MI, MD, MT, NJ, SD, TN, TX y WV no permiten designar como beneficiario a un director funerario o una funeraria. NM lo permitirá solamente si el Propietario y Asegurado de la póliza son la misma persona. SD solamente lo permitirá si la designación de beneficiario es irrevocable.

Las regulaciones estatales de UT permitirán que un director funerario o una funeraria sea designado(a) como beneficiario (contingente solamente), si hay un contrato de Preneed archivado con la funeraria.

Las regulaciones estatales de OK permitirán que un director funerario o funeraria sea designado(a) si no hay un contrato de Preneed establecido con la funeraria.

Nombre del Beneficiario Primario: _____

Dirección: _____ No. Telefónico: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

Nombre del Beneficiario Contingente: _____

Dirección: _____ No. Telefónico: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

Firma del Propietario: _____ **Fecha:** _____

No. de Seguro Social: _____ No. Telefónico: _____

Correo electrónico: _____

Firma del Cónyuge del Propietario*: _____ **Fecha:** _____

**Las regulaciones estatales de AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA y WI requieren la firma del Cónyuge del Propietario si el valor nominal es mayor de \$5,000. Si usted no está casado, por favor escriba "no casado" sobre la línea.*

SOLO PARA RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: Si el propietario de la póliza reside en Massachusetts, una persona mayor de 18 años, sin algún interés en la póliza y que no sea nombrada como beneficiaria, debe ser testigo de la firma del propietario de la póliza.

Firma de Testigo*: _____ **Fecha:** _____