

Asegurado \_\_\_\_\_ N° de Póliza \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

## Formulario de Solicitud de Cambio de Beneficiario

Fecha de nacimiento del Asegurado	N° de Teléfono		
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal

Por el presente solicito que se anulen todas las designaciones de beneficiario anteriores incluidas en el certificado/la póliza especificado previamente y que se apliquen las siguientes designaciones.

**BENEFICIARIO(S) PRIMARIO(S)** La o las personas que recibirán el producto del seguro de vida en caso de que usted fallezca. Si necesita espacio adicional, sírvase utilizar una hoja de papel por separado que deberá estar firmada y fechada por el Asegurado o Titular y por un testigo, y adjúntela a este formulario.

Los porcentajes totales para los Beneficiarios Primarios deben sumar el 100 %. Si no se indican porcentajes, el producto se dividirá en partes iguales. Si el beneficio se debe pagar a un Fideicomiso, sírvase indicar el nombre completo y la fecha del Fideicomiso. La Compañía Aseguradora no estará obligada a investigar la autoridad del Fideicomiso ni el uso que el mismo hace de los fondos.

<b>Beneficiario Primario</b> nombre legal completo	Fecha de nacimiento/fecha del fideicomiso	SSN/TIN	%
Dirección Postal	Relación con el Asegurado	N° de Teléfono	
<b>Beneficiario Primario</b> nombre legal completo	Fecha de nacimiento/fecha del fideicomiso	SSN/TIN	%
Dirección Postal	Relación con el Asegurado	N° de Teléfono	
<b>Beneficiario Primario</b> nombre legal completo	Fecha de nacimiento/fecha del fideicomiso	SSN/TIN	%
Dirección Postal	Relación con el Asegurado	N° de Teléfono	

Entiendo que esta designación de beneficiario debe ser registrada por el Administrador para tener validez, pero, una vez registrada, será válida a partir de la fecha en que firmé la presente solicitud. Entiendo además que el Administrador no registrará ninguna designación de beneficiario recibida después de la fecha de la muerte del Asegurado Primario para el certificado/la póliza especificado/a previamente. Entiendo y acepto asimismo que cualquier pago efectuado antes de la recepción de esta designación de beneficiario no será veraz afectado

Firma del Asegurado Primario o Titular	Fecha	
Firma del testigo (no puede ser un Beneficiario)	Dirección del testigo	Date

Registrado por la Compañía el \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ \*\*Esta designación de beneficiario tendrá validez después de ser registrada por la Compañía.\*\*

EXPLID

Consulte el reverso de este documento para obtener información sobre los Beneficiarios Secundarios.

Asegurado \_\_\_\_\_ N° de Póliza \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO(S) SECUNDARIO(S)** La o las personas que recibirán el producto del seguro de vida si no hay un Beneficiario Primario superviviente. Si necesita espacio adicional, sírvase utilizar una hoja de papel por separado, que deberá ser firmada y fechada por el Asegurado o Titular y por un testigo, y adjúntela a este formulario.

Los porcentajes totales para los Beneficiarios Contingentes deben sumar el 100 %. Si no se indican porcentajes, el producto se dividirá en partes iguales. Si el beneficio se debe pagar a un Fideicomiso, sírvase indicar el nombre completo y la fecha del Fideicomiso. La Compañía Aseguradora no estará obligada a investigar la autoridad del Fideicomiso ni el uso que el mismo hace de los fondos.

<b>Beneficiario Secundario</b> nombre legal completo	Fecha de nacimiento/fecha del fideicomiso	SSN/TIN	%
Dirección Postal	Relación con el Asegurado	N° de Teléfono	

<b>Beneficiario Secundario</b> nombre legal completo	Fecha de nacimiento/fecha del fideicomiso	SSN/TIN	%
Dirección Postal	Relación con el Asegurado	N° de Teléfono	

<b>Beneficiario Secundario</b> nombre legal completo	Fecha de nacimiento/fecha del fideicomiso	SSN/TIN	%
Dirección Postal	Relación con el Asegurado	N° de Teléfono	

Si designa un **Beneficiario Secundario**, sírvase completar la sección de firma a continuación.

Entiendo que esta designación de beneficiario debe ser registrada por el Administrador para tener validez, pero, una vez registrada, será válida a partir de la fecha en que firmé la presente solicitud. Entiendo además que el Administrador no registrará ninguna designación de beneficiario recibida después de la fecha de la muerte del Asegurado Primario para el certificado/la póliza especificado/a previamente. Entiendo y acepto asimismo que cualquier pago efectuado antes de la recepción de esta designación de beneficiario no será verificado.

Firma del Asegurado Primario o Titular	Fecha
Firma del testigo (no puede ser un Beneficiario)	Dirección del testigo
	Fecha

Registrado por la Compañía el \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ \*\*Esta designación de beneficiario tendrá validez después de ser registrada por la Compañía.\*\*