



FORMULARIO PARA CAMBIOS DE BENEFICIARIO

Para poder cambiar a su beneficiario, proporcione la información solicitada a continuación. Firme, coloque la fecha y devuelva el formulario en el sobre provisto. El cambio de beneficiario solicitado solamente afecta la póliza de seguro indicada a continuación y ninguna otra póliza que pueda tener. Le enviaremos una carta confirmando los cambios realizados en su póliza.

CASILLA A
NÚMERO DE PÓLIZA: _____

CASILLA B	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO: _____			
<input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRTA.			
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
NOMBRE COMPLETO DEL DUEÑO (SI NO ES EL ASEGURADO): _____			
<input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRTA.			

LEA EL PÁRRAFO A CONTINUACIÓN CON MUCHO CUIDADO:

De conformidad con las disposiciones del Beneficiario de la póliza: solicito, por la presente, que Combined Insurance Company of America pague el Beneficio por muerte de la póliza de seguro a los Beneficiarios a continuación. Por la presente revoco todas las Designaciones de beneficiario nombradas con anterioridad.

CASILLA C	1er BENEFICIARIO DESIGNADO (NOMBRE COMPLETO)	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____	_____
DIRECCIÓN (CALLE / APARTADO POSTAL / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL)	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> LÍNEA FIJA <input type="checkbox"/> MÓVIL	N.º DE SEGURO SOCIAL	
_____	_____	_____	

Si nombra a varios beneficiarios y *no marca una de las opciones a continuación*, los beneficiarios compartirán el beneficio por muerte equitativamente.

CASILLA D	2do BENEFICIARIO DESIGNADO (NOMBRE COMPLETO) (MARQUE UNO: <input type="checkbox"/> Contingente o <input type="checkbox"/> compartir equitativamente)	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____	_____
DIRECCIÓN (CALLE / APARTADO POSTAL / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL)	N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> LÍNEA FIJA <input type="checkbox"/> MÓVIL	N.º DE SEGURO SOCIAL	
_____	_____	_____	

FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ **FECHA:** _____

De acuerdo con las disposiciones del beneficiario de la póliza, solicito, por la presente, que Combined Insurance Company of America pague el beneficio por muerte de la póliza de seguro mencionada previamente de acuerdo con las designaciones de beneficiarios indicadas y revoco todas las designaciones de beneficiario nombradas con anterioridad.

***FIRMA DEL CÓNYUGE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:** _____ **FECHA:** _____

***Aviso especial sobre propiedad comunitaria:** Arizona, California, Idaho, Louisiana, New Mexico, Nevada, Texas, Washington y Wisconsin son estados de propiedad comunitaria y Puerto Rico es un territorio de propiedad comunitaria. Estas leyes pueden ser aplicadas a esta solicitud de cambio dependiendo de su estado civil actual, estado civil en el momento de la emisión de la póliza, estado donde se emitió su póliza, estado de residencia en el momento de la emisión y estado(s) residente(s) desde la emisión. Consulte con su asesor legal/fiscal para determinar si estas leyes aplican a usted y/o si es necesaria la firma del cónyuge en este formulario. **Combined Insurance no se hace responsable de determinar la aplicabilidad de las leyes de propiedad comunitaria ni la validación del cambio solicitado.**

****FIRMA DEL TESTIGO (MA)** _____ **FECHA:** _____

****Aviso especial para los residentes de Massachusetts:** La ley estatal requiere que un adulto desinteresado, que no sea parte de la póliza, sea testigo de esta solicitud. Si usted reside en ese estado, debe ser completado esta sección para que el formulario sea aceptado.