



FORMULARIO PARA CAMBIO DE PROPIEDAD

Para poder realizar el cambio de Titularidad de esta póliza, debe proporcionar la información solicitada a continuación. Firme, coloque la fecha y devuelva el formulario en el sobre provisto. El cambio de Titularidad que solicita únicamente afecta la póliza de seguro de Combined Life Insurance Company of New York que se indica a continuación y no otras pólizas que pueda tener. Le enviaremos una carta al nuevo Titular confirmando los cambios que se han realizado a esta póliza. Por favor tome nota de que este formulario no afecta a la Designación de beneficiario de la póliza. La compañía tiene formularios para Cambio de beneficiario disponibles.

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:

Como Titular actual de la póliza de Seguro de vida indicada en la presente, asigno y transfiero todos mis derechos, título e interés en la póliza de Seguro de vida, irrevocablemente, sin excepción, limitación o reserva alguna, a la persona que se indica anteriormente.

CASILLA C		NUEVO TITULAR (NOMBRE COMPLETO) <input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRTA.		N.º TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> LÍNEA FIJA <input type="checkbox"/> MÓVIL	
DIRECCIÓN (CALLE / APARTADO POSTAL / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL)		FECHA DE NACIMIENTO		N.º DE SEGURO SOCIAL	

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

*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.