



EL CAMBIO DE BENEFICIARIO FORMA

Para cambiar a su beneficiario, por favor proporcione la información solicitado abajo. Firme, fechar y vuelve la forma en el sobre encerrado. El cambio del beneficiario solicitado solo afecta la póliza de seguros indicado abajo y ninguna otra póliza que usted tenga. Le enviaremos una cata que confirmara los cambios hechos a su póliza.

CAJA A
NUMERO DE POLIZA:

CAJA B PRIMER SEGUNDO APELLIDO

Nombre Del Asegurado: _____

Sr. Sra. Señorita

PRIMER SEGUNDO APELLIDO

Nombre de Propietario (Si no es el Asegurado): _____

Sr. Sra. Señorita

POR FAVOR LEA EL SIGIENTE PARRAFO CON CUIDADO:

De acuerdo con las provisiones de Beneficiario de la póliza: Yo por lo presente solicito Combined Insurance Company of America para pagar la indemnización por fallecimiento de la póliza de seguros indicado arriba a los beneficiarios denominados abajo. Yo por lo presente revoco a todos los designados beneficiarios nombrados anteriormente.

CAJA C	1st Nombrado Beneficiario (Nombre Completo)	Relación al Asegurado	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
	DIRECCION (CALLE/PO BOX / CIUDAD/ ESTADO / ZIP)	# DE TELEFONO PRIMARIO	# DE SEGURO SOCIAL
	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MOVIL		
_____	_____	_____	_____

Si nombra varios beneficiarios y no verifica uno de las opciones abajo, los beneficiarios compartirán la indemnización por fallecimiento igualmente.

CAJA D	2nd Nombrado Beneficiario (Nombre Completo)	Relación al Asegurado	Fecha de Nacimiento
	(MARQUE UNO: <input type="checkbox"/> Contingente o <input type="checkbox"/> Compartir Igualmente)		
_____	_____	_____	_____
	DIRECCION (CALLE / PO BOX / CIUDAD / ESTADO / ZIP)	# DE TELEFONO PRIMARIO	# DE SEGURO SOCIAL
	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MOVIL		
_____	_____	_____	_____

FIRMA DE PROPIETARIO: _____ **FECHA:** _____

De acuerdo con las provisiones de beneficiario de la póliza, yo por la presente solicito Combined Insurance Company of America para pagar la indemnización por fallecimiento de la póliza de seguros mencionado a los designados beneficiarios indicados y por lo presente revoco a todos los designados beneficiarios nombrados anteriormente.

***FIRMA DEL CONJUYE DEL PROPIETARIO:** _____ **FECHA:** _____

***La Nota especial con respecto a Propiedad de Comunidad:** Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nuevo México, Nevada, Tejas, Washington, Wisconsin son estados de propiedad de comunidad y Puerto Rico un territorio de propiedad de comunidad. Estas leyes pueden aplicar a esta petición del cambio que depende de su estado civil actual, el estado civil en aquel momento de emisión de la póliza, estado donde su póliza fue publicada, estado de residencia en tiempo de emisión, y de estados residentes desde emisión. Consulte usted con un consejero legal/impuesto para determinar si estas leyes aplican a usted y/o si requiere una firma conyugal en esta forma. **Combined Insurance renuncia cualquier responsabilidad para determinar la aplicabilidad de leyes de propiedad de comunidad o la validez del cambio solicitado.**

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

****La Nota especial con respecto a residentes de Massachusetts:** La ley del estado requiere que un adulto desinteresado que no es parte de la póliza es testigo a esta petición. Si reside en ese estado, esta porción debe ser completada en orden para que esta forma sea aceptada.