



### CAMBIO DE PROPIETARIO FORMA

Para cambiar la Propietario en esta póliza, proporcione por favor la información solicitado abajo. Firme, fechar y vuelve la forma en el sobre encerrado. El cambio de la Propietario solicitado sólo afecta la póliza de seguros indicado abajo y ningunas otras pólizas que usted tenga. Le enviaremos al nuevo Propietario una carta que confirma los cambios hechos a su póliza. Por favor nota que esta forma no afecta la Designación de Beneficiario de la póliza. El cambio de formas de Beneficiario está disponible de la compañía.

CAJA A  
NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_

CAJA B	PRIMER	SEGUNDO	APELLIDO
Nombre del Asegurado: _____			
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Señorita			
	PRIMER	SEGUNDO	APELLIDO
Nombre de Propietario (Si no es el Asegurado): _____			
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Señorita			

#### LEA POR FAVOR EL PARRAFO SIGUIENTE MUY CON CUIDADO:

Como el presente Propietario de la póliza de Seguros de vida indicó arriba, yo por lo presente asigno irrevocablemente y transfiero, sin excepción, sin limitación, o sin la reservación todo lo que, a la persona indicado abajo, todos mis derechos, el título, y el interés en y a la póliza de Seguros de vida indicado arriba.

CAJA C

NUEVO PROPIERARIO (Nombre Completo)  Sr.  Sra.  Señorita # DE TELEFONO PRIMARIO  CASE  MOVIL

\_\_\_\_\_

DIRECCION (CALLE/PO BOX / CIUDAD / ESTADO / ZIP)    FECHA DE NACIMIENTO    # DE SEGURO SOCIAL

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CORRIENTE PROPIETARIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\*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.