

CAMBIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

** Adjúntese al formulario de inscripción original*

NÚM. DE PÓLIZA _____

NOMBRE DEL TITULAR DE PÓLIZA/EMPLEADOR _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO CÓDIGO POSTAL _____

BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS PRIMARIOS:	
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	
RELACIÓN	PORCENTAJE DEL BENEFICIO
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	
RELACIÓN	PORCENTAJE DEL BENEFICIO

BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS CONTINGENTES:	
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	
RELACIÓN	PORCENTAJE DEL BENEFICIO
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	
RELACIÓN	PORCENTAJE DEL BENEFICIO

DEFINICIONES:

Beneficiario primario: La persona o personas que usted desea que reciban el beneficio del seguro de vida en caso de que fallezca. Si nombra a más de un beneficiario primario y no designa un porcentaje específico, entonces cada uno de ellos recibirá una parte igual del beneficio.

Beneficiario contingente: La persona o personas que usted desea que reciban el beneficio del seguro de vida en caso de que fallezca y no haya un beneficiario primario con vida en esa fecha. Si nombra a más de un beneficiario contingente y no designa un porcentaje específico, entonces cada uno de ellos recibirá una parte igual del beneficio.

Yo, el infrascrito, me reservo el derecho de cambiar de beneficiario o beneficiarios sin el consentimiento de dicho beneficiario o beneficiarios.

FIRMA DEL EMPLEADO _____

FECHA DE LA FIRMA _____