

FORMULARIO DE CAMBIO DE TITULARIDAD

(Escriba en letra imprenta toda la información de manera clara)
(Consulte el reverso para obtener instrucciones)



Nombre del asegurado _____ Número de seguro social _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Número de póliza _____

Nombre del titular actual de la póliza _____ Número de seguro social _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Se solicita por medio del presente a Colonial Life & Accident Insurance Company que modifique la Póliza mencionada anteriormente para establecer que, durante la vida del Asegurado, el derecho de cambiar el beneficiario y demás derechos, beneficios, opciones y privilegios otorgados por la Póliza y cualquier derecho otorgado por una cláusula adicional adjuntada a la Póliza o permitida por la Compañía, incluso el derecho de ceder y de recibir fondos de donación, si existieran, pertenecen exclusivamente a:

Nombre del nuevo titular de la póliza _____ Número de seguro social _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____
MM/DD/AAAA

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Al momento de la muerte del nuevo titular de la póliza detallado anteriormente, la titularidad de esta póliza se transferirá al titular eventual de póliza detallado. Si no se asigna un titular eventual de póliza, la titularidad de esta póliza se transfiere a la herencia del titular de la póliza fallecido.

Nombre del primer titular eventual de la póliza _____ Número de seguro social _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____
MM/DD/AAAA

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del segundo titular eventual de la póliza _____ Número de seguro social _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____
MM/DD/AAAA

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No obstante, si llegasen a fallecer las personas detalladas anteriormente, y mientras ninguna de éstas sea el Asegurado, el beneficio de esas personas se transferirá a la herencia, a menos que se disponga lo contrario en el presente. Esta solicitud no representa un cambio de beneficiario ni un acuerdo de liquidación y el beneficio de la persona anteriormente detallada estará sujeto al beneficio de cualquier beneficiario acreedor, a cualquier cesionario registrado de la Compañía y a cualquier beneficiario para quien no se haya reservado el derecho de modificación de beneficiario. La aceptación de esta solicitud por parte de Colonial Life & Accident Insurance Company constituirá una modificación de la póliza.

Aviso especial para residentes de estados con leyes de propiedades gananciales: Un cónyuge o ex cónyuge puede tener beneficios en los fondos de seguro de vida o en cualquier valor de dinero en efectivo acumulado, si las primas de la póliza fueron pagadas con fondos gananciales. Es su responsabilidad consultar con su asesor legal para: 1) asegurarse de haber recibido todo consentimiento requerido de un cónyuge o ex cónyuge y 2) asegurarse de que el cónyuge o ex cónyuge no podrá hacer un reclamo por ningún valor o fondo de la póliza en el caso de que se deba pagar algún beneficio de la póliza.

Cambio de forma de pago (Complete esta sección únicamente si hay cambios en la forma de pago de las primas).

☐ **Deseo que se debiten las primas de mi cuenta de cheques**

Los pagos de las primas se debitarán mensualmente de su cuenta de cheques. Adjunte un cheque anulado e indique qué día del mes desea que hagamos el débito de la cuenta. La fecha de débito no debe ser después del día 26 de cada mes. Se requiere la firma del titular de la cuenta de cheques.

Firma del titular de la cuenta de cheques _____ Fecha de débito _____

☐ **Deseo recibir la factura directamente** (Elija una de las siguientes opciones)

☐ Trimestralmente (3 veces la prima mensual) ☐ Semestralmente (6 veces la prima mensual) ☐ Anualmente (12 veces la prima mensual)

☐ **Débito de la nómina** (Debe completarse una tarjeta de débito de la nómina).

Firma del titular actual de la póliza _____ Fecha _____ N.º de teléfono _____
MM/DD/AAAA

Firma del nuevo titular de la póliza _____ Fecha _____ N.º de teléfono _____
MM/DD/AAAA

Firma del testigo _____ Fecha _____ N.º de teléfono _____
MM/DD/AAAA

Dirección del testigo _____

Instrucciones

- El titular de la póliza debe completar este formulario en su totalidad.
- Escribir con letra imprenta en tinta azul o negra para que sea legible. Es muy importante que registremos las designaciones del nuevo titular de póliza correctamente.
- Debe designar a un nuevo titular de póliza.
- Además, puede designar a un primero y un segundo titular eventual de póliza.
- Debe proporcionar el nombre completo de cada nuevo titular de póliza y titular eventual de póliza y su parentesco con el asegurado (persona que tiene la cobertura del seguro de vida). Por ejemplo, John Jacob Doe, cónyuge.
- Si el titular de la póliza asigna un titular eventual de póliza, la titularidad de la póliza se transferirá al titular eventual de póliza al momento de la muerte del actual titular de la póliza. Si no existe un titular eventual de póliza asignado, entonces la titularidad de la póliza se transferirá a la herencia del titular de la póliza fallecido.
- Si el titular de la póliza fallece y no existe un titular eventual, el albacea o administrador de la herencia del titular fallecido debe firmar el formulario como *titular actual de la póliza* y proporcionar lo siguiente:
 - Una copia del certificado de defunción
 - Nombramiento judicial de administrador u orden judicial que lo designe como representante personal
 - Un formulario de cambio de titularidad correctamente completado

Si no se ha establecido la herencia del titular fallecido, comuníquese con su abogado o con el Tribunal Testamentario para presentar una declaración jurada de cobranza de bienes personales (también conocida como declaración jurada en lugar de administración).

- Complete la sección de cambio de forma de pago únicamente si hay un cambio en la forma de pago de las primas.
- El titular actual de la póliza debe firmar el formulario.
- El nuevo titular de la póliza debe firmar el formulario y escribir su nombre y dirección.
- Un testigo debe firmar el formulario y escribir su nombre y dirección. El testigo debe ser alguien diferente del asegurado, de los nuevos titulares de la póliza detallados en el formulario o del titular actual de la póliza.
- Envíe por correo o por fax este formulario a la siguiente dirección:

Colonial Life
PO Box 100130
Columbia SC 29202-3130

Fax: 1.877.828.9430

- El nuevo titular de la póliza será notificado por escrito cuando la solicitud sea procesada y aprobada. El titular actual de la póliza será notificado por escrito si la solicitud de cambio de titularidad no puede ser procesada ni aprobada.