

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

Instrucciones al propietario de la póliza:

1. Llene completamente este formulario. Por favor escriba con claridad en letra de imprenta. Ud. tiene que designar un beneficiario primario. Ud. también puede seleccionar/designar beneficiarios contingentes que recibirán beneficios en caso del fallecimiento del beneficiario primario. Ud. puede designar a un fideicomiso como beneficiario.
2. Obtenga las firmas necesarias en tinta. Debe ser firmado también por un testigo, que no debe ser el asegurado, por un beneficiario designado y por Ud. Si Ud. es casado/a y reside en un estado que tiene leyes de propiedad comunitaria, el formulario debe estar firmado por su esposo/a o ex-esposo/a.
3. Si su póliza tiene una nota en efectivo (ubicada en la página del Programa de la Póliza de su póliza), adjunte la nota en efectivo para que pueda ser reemitida.
4. Envíe por correo una copia de este formulario a Colonial Life & Accident Insurance Company, P. O. Box 1365, Columbia, SC 29202. Guarde otra copia de este formulario con su póliza para futura consulta.

Nombre del asegurado _____ No. del Seguro Social _____
Número(s) de la Póliza _____

Por la presente solicito la cancelación de todas las designaciones previas del beneficiario para la(s) póliza(s) mencionada(s) arriba. Los pagos por fallecimiento de la(s) póliza(s) mencionada(s) arriba y todos los anexos adjuntos deben pagarse al beneficiario o a los beneficiarios designados abajo.

Beneficiario Primario _____ Edad _____ % o cantidad _____

Relación con el Asegurado _____ No. del Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Beneficiario Primario _____ Edad _____ % o cantidad _____

Relación con el Asegurado _____ No. del Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Beneficiario Contingente _____ Edad _____ % o cantidad _____

Relación con el Asegurado _____ No. del Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Beneficiario Contingente _____ Edad _____ % o cantidad _____

Relación con el Asegurado _____ No. del Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Autorización de Propiedad Comunitaria

(Requerida en los estados que tienen leyes de propiedad comunitaria: AZ, CA, HI, ID, LA, NV, NM, TX, WA, y WI.)

Al firmar abajo, Ud. el esposo/a - o ex-esposo/a acepta los cambios indicados arriba y:

Renuncia a todos sus derechos a esta póliza de acuerdo con las leyes de propiedad comunitaria en su estado.

No renuncia a sus derechos a esta póliza.

Firma del esposo/a _____ Fecha _____

(DD/MM/YYYY)

Marque la casilla cuando no se requiere una firma porque:

El propietario de la póliza es soltero/a (nunca casado/a) El/la cónyuge ha fallecido

Nota en Efectivo Se adjunta la nota en efectivo de mi póliza. Por favor reemítala con el nuevo beneficiario designado. Cuando Ud. reciba la nueva nota en efectivo, la original no será válida.

La(s) persona(s) designada(s) como beneficiario primario recibirá(n) el pago. En caso de fallecimiento del beneficiario primario, los pagos se efectuarán a la(s) persona(s) viva(s) designada(s) como beneficiario primario, a menos que Ud. especifique lo contrario. En caso de fallecimiento de la persona designada como beneficio primario, el pago se efectuará a la(s) persona(s) designada(s) como beneficiario contingente en el orden especificado por Ud. (primer contingente, segundo contingente, etc.). Si hay más de una persona designada a recibir el pago, el pago se dividirá igualmente, a menos que Ud. especifique lo contrario. Si no hay beneficiarios supervivientes, el pago se efectuará en acuerdo con las provisiones de la póliza. Esta solicitud está sujeta a todas las provisiones de la póliza.

Firma del propietario de la póliza _____ Fecha _____

(DD/MM/YYYY)

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

(DD/MM/YYYY)