

Formulario de Beneficiario

Seguro de Vida de Grupo a Término



Aviso Importante: Esta designación de beneficiarios cancela cualquier designación de beneficiarios anterior y entrará en vigencia el día que la Compañía la reciba

Titular de la póliza:

Persona cubierta	Número del seguro social (SSN) y fecha de nacimiento:	Número de teléfono	
Dirección (incluya el número de apartamento, según corresponda)	Ciudad	Estado	Código postal

EL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA SERÁ:

Beneficiario Primario				
Nombre	Dirección	Número del seguro social (SSN) y fecha de nacimiento	Relación con la Persona Cubierta	Porcentaje de Beneficio por Muerte Pagadero al Beneficiario (debe sumar un total del 100%)

Únicamente en el caso de que todos los Beneficiarios Primarios fallezcan antes que yo, los fondos serán pagaderos a los siguientes Beneficiarios Contingentes

Beneficiarios Contingentes				
Nombre	Dirección	Número del seguro social (SSN) y fecha de nacimiento	Relación con la Persona Cubierta	Porcentaje de Beneficio por Muerte Pagadero al Beneficiario (debe sumar un total del 100%)

Firma de la Persona Asegurada: _____

Nombre de la Persona Asegurada en Letra de Imprenta: _____

Fecha: _____

En el caso de que nombre a más de una persona en un grupo de beneficiarios, ya sea como beneficiarios primarios o como beneficiarios contingentes, a menos que de otra forma lo indique por escrito anteriormente, cada beneficiario designado en un grupo deberá compartir de forma equitativa la cantidad que se pagará conforme a la póliza de cobertura. En el caso de que los beneficiarios designados en un grupo fallezcan antes que yo, los beneficiarios restantes en ese grupo deberán compartir de forma equitativa los fondos del seguro de vida que se pagarán conforme a la póliza.