

Número(s) de Contrato/Póliza/Seguro de Vida Colectivo _____
Laico/Número de Identificación del Clérigo: _____
Número de Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
Domicilio: _____

Forma para Cambio de Beneficiario con relación a la cobertura proporcionada por Church Life Insurance Corporation, según lo indicado arriba. El firmante de esta forma **revoca a cualquier beneficiario previamente nombrado** a recibir el monto del seguro de vida de esta cobertura y también revoca cualquier arreglo de ingreso delineado anteriormente para cualquier beneficiario, **mientras que conserva el derecho** de cambiar el beneficiario en el futuro.

POR FAVOR NOMBRE A SU BENEFICIARIO PARA LA COBERTURA CON CHURCH LIFE.

El beneficiario es la persona que usted desea para recibir el monto del certificado de vida colectivo, contrato de anualidad, o póliza de seguro de vida en el evento de su muerte. Indique por favor a sus beneficiarios abajo y regrese esta forma completa en el sobre previsto.

BENEFICIARIO PRIMARIO: Si usted esta nombrando a **más de un beneficiario primario** o si esta nombrando a un beneficiario contingente, utilice por favor el dorso de esta forma, firme, y obtenga la firma de un testigo adulto. (El beneficiario contingente recibirá el monto de la cobertura si su beneficiario o beneficiarios primarios fallecen antes que usted.) Si usted desea otros arreglos especiales para la distribución del monto del seguro, por favor provea los detalles en una carta separada, firmada y atestiguada.

1. _____
- | Apellido | Nombre | Segundo Nombre | Parentesco/No. de Seguro Social | |
|-----------|--------|----------------|---------------------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Domicilio | Ciudad | Estado | Código Postal | Fecha de Nacimiento |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
2. _____
- | Apellido | Nombre | Segundo Nombre | Parentesco/No. de Seguro Social | |
|-----------|--------|----------------|---------------------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Domicilio | Ciudad | Estado | Código Postal | Fecha de Nacimiento |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Si usted ha nombrado a más de un beneficiario, por favor elija con una equis (X) una de las siguientes opciones:

_____ Distribución en Partes Iguales. _____ Distribución en Partes Iguales, sobreviviente o sobrevivientes.

Su Firma

Firma Del Testigo Adulto
(El testigo no puede ser un beneficiario nombrado)

Fecha

Para nombrar a beneficiarios primarios adicionales vea el dorso de esta forma a continuación.. →

“Distribución en partes iguales”, el monto de la cobertura se dividirá en partes iguales entre los beneficiarios conjuntos nombrados **incluyendo al caudal hereditario de cualquier beneficiario difunto**; **“Distribución en partes iguales, sobreviviente o sobrevivientes”** El monto de esta cobertura se dividirá en partes iguales entre los beneficiarios conjuntos nombrados, **excepto al caudal hereditario de cualquier beneficiario difunto.**

Este cambio de designación de beneficiario llega a ser eficaz el día que usted ha firmado esta forma, solo y cuando esta forma haya sido llenada completamente (según lo indicado arriba) y es recibida por Church Life. Para indicar que se ha recibido y se ha registrado este cambio, **usted recibirá** un certificado nuevo por el plan de seguro de vida colectivo, y una copia contraseña de esta forma por el contrato de anualidad o póliza de seguro de vida individual.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE: Repasado por: _____ / Registrado por: _____
