

N.º de póliza _____

Nombre del asegurado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

1. SOLICITUD DE PAGO ANTICIPADO/NO CADUCIDAD

- Solicitud de pago anticipado Monto adjunto \$ _____
(El monto del pago está disponible a través de su Equipo de servicio al cliente. Este monto puede exceder el precio del funeral.)
- Rescate en efectivo* **(Devuelva la Póliza con este Formulario)**
- Seguro saldado reducido*
- Seguro de plazo ampliado*
*(Respecto a la solicitud de la opción de no caducidad, se entiende que se deducirá cualquier endeudamiento contra la póliza.)

2. CAMBIO DE PÓLIZA

PLAN

VALOR NOMINAL

VALOR DEL PREACUERDO

Cambiar a: _____

Los cambios se realizarán a partir de la fecha y la edad originales. Por el presente entrego todo mi derecho, título e interés en la póliza como se escribió antes del cambio solicitado en este documento.

NOTA: Cualquier valor en efectivo o bonificación en las primas derivado de este cambio se aplicará a futuras primas o se reembolsará al propietario de la póliza.

3. CAMBIO AL PREACUERDO

Si corresponde, especifique cualquier cambio al Contrato de funeral preacordado original O adjunte un nuevo acuerdo. También se necesita la firma del Representante de la funeraria.

NECESARIO: Número del seguro social o número de identificación fiscal del propietario _____/_____/_____

- Marque aquí si es objeto de una retención adicional (Sección 3406[a][1][c]IRC).

Bajo pena de perjurio, certifico que la información proporcionada en este formulario es cierta, correcta y completa.

X _____
(Representante de la funeraria, en caso necesario) (Fecha)

X _____
(Firma del propietario de la póliza) (Fecha)

X _____
(Testigo) (Fecha)

Envíe la correspondencia llena a: _____
(Nombre)

Marque aquí si esto es un Cambio de dirección permanente. _____
(Dirección)

(Teléfono)