



P.O. Box 1756 • Des Moines, IA 50306-1756
800-477-3633

CAMBIO DE
BENEFICIARIO

NÚMERO _____

NOMBRE Y DOMICILIO DEL TITULAR *Favor de escribir en letras de imprenta*

CAMBIO DE BENEFICIARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

BENEFICIARIO PRINCIPAL: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
DEL CONTRIBUYENTE (SSN o ITN)
y/o FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACIÓN/PARENTESCO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

BENEFICIARIO EVENTUAL: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
DEL CONTRIBUYENTE (SSN o ITN)
y/o FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACIÓN/PARENTESCO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

TESTIGO

X _____
FIRMA DEL TITULAR

FECHA

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Residentes de California solamente: para su protección la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presenta información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para hacer una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión estatal.