

**ENVÍE SU RECLAMACIÓN**

Complete todos los campos y envíe el formulario a USABLE Life

Attention: Membership

Correo postal: P.O. Box 1650 | Little Rock | AR | 72203**Correo electrónico:** membership@usablelife.com**Fax:** (501) 235-8419**FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO**

FECHA DE RECEPCIÓN EN LA OFICINA CENTRAL:

ATENCIÓN AL CLIENTE

(800) 370-5856, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora central

INSTRUCCIONES

1. Se requiere la firma del asegurado y del titular de la póliza (si no es el asegurado).
2. Este formulario debe completarse, firmarse y enviarse a la oficina central de su empleador.
3. Proporcione el nombre legal completo de cada beneficiario y la relación con el asegurado.

MUESTRA DE DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS

- **HIJOS NO IDENTIFICADOS COMO BENEFICIARIOS**
Los hijos del asegurado, ya sean legales, naturales o adoptados
- **ASOCIACIÓN COMO BENEFICIARIO**
Doe & Company
100 North Main, Anytown, USA
Una asociación compuesta por John H. Doe y Richard A. Doe
- **CORPORACIÓN COMO BENEFICIARIA**
Doe & Company
100 North Main, Anytown, USA
Una corporación constituida según las leyes del estado de Arkansas
- **FIDEICOMISO COMO BENEFICIARIO**
John H. Doe, fiduciario en virtud del Acuerdo de Fideicomiso
Fecha (mes, día, año):
- **BENEFICIENCIA**
Sociedad Estadounidense contra el Cáncer
234 Main, Anytown, USA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO/TITULAR DE LA PÓLIZA(solo para pólizas de vida individuales; si el titular de la póliza no es el asegurado, el titular de la póliza debe *completar este formulario*)

Nombre del asegurado (apellido, nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		
Nro. de teléfono	Nro. de Seguro Social	
Nombre del empleador (si corresponde)		
Nombre del titular de la póliza (apellido, nombre, segundo nombre) <i>(si no es el asegurado)</i>		

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Nro. de póliza	Tipo de póliza/certificado
Nro. de póliza	Tipo de póliza/certificado
Nro. de póliza	Tipo de póliza/certificado

**ENVÍE SU RECLAMACIÓN**

Complete todos los campos y envíe el formulario a USABLE Life

Attention: Membership

Correo postal: P.O. Box 1650 | Little Rock | AR | 72203**Correo electrónico:** membership@usablelife.com**Fax:** (501) 235-8419**FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO****ATENCIÓN AL CLIENTE**

(800) 370-5856, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora central

BENEFICIARIOS PRINCIPALES (recibirán los ingresos si viven al fallecer el asegurado)	
<i>Por la presente, designo a los siguientes beneficiarios principales en virtud de las siguientes coberturas y revoco el nombramiento de cualquier beneficiario existente.</i>	
Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Nro. de Seguro Social
Relación con el asegurado	Porcentaje
Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Nro. de Seguro Social
Relación con el asegurado	Porcentaje
Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Nro. de Seguro Social
Relación con el asegurado	Porcentaje
Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Nro. de Seguro Social
Relación con el asegurado	Porcentaje
La suma de los porcentajes correspondientes a todos los beneficiarios enumerados anteriormente debe dar un total de 100%.	Porcentaje total
BENEFICIARIOS CONTINGENTES (recibirán los ingresos si los beneficiarios principales también han fallecido al morir el asegurado)	
<i>Por la presente, designo a los siguientes beneficiarios contingentes en virtud de las siguientes coberturas y revoco el nombramiento de cualquier beneficiario existente.</i>	
Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Nro. de Seguro Social
Relación con el asegurado	Porcentaje
Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Nro. de Seguro Social
Relación con el asegurado	Porcentaje
Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Nro. de Seguro Social
Relación con el asegurado	Porcentaje
Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Nro. de Seguro Social
Relación con el asegurado	Porcentaje
La suma de los porcentajes correspondientes a todos los beneficiarios enumerados anteriormente debe dar un total de 100%.	Porcentaje total
FIRMAS	
Firma del asegurado	Fecha
Firma del titular de la póliza (<i>si no es el asegurado</i>)	Fecha

USABLE LifeSM se utiliza con el consentimiento de USABLE Mutual Insurance Company.

© 2023 Life & Specialty Ventures, L.L.C. Todos los derechos reservados.