

**BENEFICIARY CHANGE FORM** (*Planilla de cambios de Beneficiario(s)*)

**COMPLETE ALL THE INFORMATION AND PRINT CLEARLY IN INK** (*Complete toda la informacion en tinta y letra legible*)

**PARTICIPANT INFORMATION** (*Informacion del Participante*)

Participant Name (Last, First, Middle Initial): <i>Nombre completo del Participante</i>		Social Security #: <i>No. de Seguro Social</i>	
Current Street Address: <i>Domicilio Actual</i>	City: <i>Ciudad</i>	State: <i>Estado</i>	Zip Code: <i>Zona Postal</i>
Email Address: <i>Direccion de correo electronico</i>			

**BENEFICIARY INFORMATION- DEATH BENEFIT** (*Informacion del Beneficiario-Seguro de Vida*). List name and address of person(s) to whom your Death Benefit is to be paid. State how the person(s) are related to you (You cannot name yourself as a beneficiary). If a minor, state age, and give name of parents or guardian in "Remarks". If more than one person is to share the Death Benefit, indicate the percentage or share each is to receive in "Remarks". *Indique el nombre y direccion de la persona(s) que recibira su Seguro de Vida. Indique el parentesco con la persona(s). Si la persona es menor de edad indique la edad y el nombre de los padres o de la persona responsable del menor en "Notas". Si mas de una persona(s) va a recibir su Seguro de Vida indique en "Notas" el porcentaje or parte que cada persona debera recibir.*

<b>Effective Date of Change in Primary Beneficiary:</b> <i>Fecha efectiva de cambio de beneficiario(s) Primario</i>		
Primary New Beneficiary Name: (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre complete del nuevo Beneficiario Primario</i>	Primary New Beneficiary Relationship to you: <i>Parentesco del nuevo Beneficiario</i>	Birth Date of Your New Primary Beneficiary: <i>Fecha de Nacimiento del nuevo Beneficiario</i>
Street Address: <i>Domicilio del Beneficiario(s) Primario</i>	City: <i>Ciudad</i> State: <i>Estado</i>	Zip Code: <i>Zona Postal</i>

If the PRIMARY beneficiary is deceased at the time of your death, list the name and address of the SECONDARY person(s) to whom your Death Benefit is to be paid. State how the person(s) are related to you (You cannot name yourself as a beneficiary). If a minor, state age, and give name of parents or guardian(s) in "Remarks". If more than one person is to share the Death Benefit, indicate the percentage or share each is to receive in "Remarks". *Si el primer beneficiario ha fallecido al tiempo de su muerte, indique el nombre y direccion de la Segunda persona(s) que debera recibir su Seguro de Vida. Indique el parentesco con la persona(s). Si la persona es menor de edad indique la edad y el nombre de los padres o de la persona responsable del menor en "Notas". Si mas de una persona va a recibir el Seguro de Vida indique en "Notas" el porcentaje que cada persona debera recibir.*

<b>Effective Date of Change in Secondary Beneficiary:</b> <i>Fecha efectiva de cambio de beneficiario(s) Secundario</i>		
Secondary New Beneficiary Name: (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre complete del nuevo Beneficiario Secundario</i>	Secondary New Beneficiary Relationship to you: <i>Parentesco del nuevo Beneficiario</i>	Birth Date of Your New Secondary Beneficiary: <i>Fecha de Nacimiento del nuevo Beneficiario</i>
Street Address: <i>Domicilio del Beneficiario(s) Secundario</i>	City: <i>Ciudad</i> State: <i>Estado</i>	Zip Code: <i>Zona Postal</i>

X \_\_\_\_\_  
Participant Signature *Firma del Participante*

\_\_\_\_\_  
Date: *Fecha*