



AMERICAN
AMICABLE
GROUP

AMERICAN-AMICABLE LIFE INSURANCE COMPANY OF TEXAS
IA AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY
OCCIDENTAL LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH CAROLINA
PIONEER AMERICAN INSURANCE COMPANY
PIONEER SECURITY LIFE INSURANCE COMPANY

Departamento de Experiencia del Cliente • PO Box 2549, Waco Texas 76702-2549 • Fax: 254-297-2105 • Email: cx@aatx.com

INSTRUCCIONES PARA EL CAMBIO DE BENEFICIARIO Y CONSEJOS ÚTILES

Por favor, siga estas instrucciones para completar el formulario:

1. Por favor, use tinta oscura y escriba toda la información excepto las firmas.
2. Debe proporcionar toda la información solicitada. La información completa y precisa ayudará a agilizar la solicitud de cambio de beneficiario.
3. Si hay múltiples beneficiarios primarios o contingentes, compartirán igualmente los beneficios de la póliza a menos que indique un porcentaje para cada beneficiario nombrado en el área indicada. Tenga en cuenta que el total de todos los porcentajes para cada categoría de beneficiarios debe sumar 100%. No use cantidades en dólares.
4. Si usa papel líquido o tacha información, esos cambios deben ser inicialados por el propietario de la póliza.
5. El propietario actual de la póliza debe completar y firmar la parte inferior del formulario. El testigo de la firma del propietario de la póliza debe ser un no pariente y no estar nombrado como el nuevo beneficiario.
6. Si se necesita espacio adicional, por favor use una hoja de papel separada. Cada página debe incluir: a) el número de póliza y el nombre del asegurado, b) la información solicitada en el formulario, c) la firma del propietario(s) con la fecha de firma y d) la firma de un testigo. Si lo desea, puede hacer copias de este formulario y numerarlas.
7. Si el nuevo beneficiario es un fideicomiso, el nombre y la fecha del fideicomiso deben incluirse como la información del nombre en el cuadro correspondiente del formulario.
8. Si el nuevo beneficiario **NO** es un miembro de la familia, el documento debe ser notariado o no será procesado.

CONSEJOS ÚTILES PARA NOMBRAR UN BENEFICIARIO

Un miembro de la familia o miembros son el tipo más común de designación de beneficiario. Designar a un miembro de la familia como beneficiario generalmente no es un problema siempre y cuando la persona no sea menor de edad.

Ejemplo: Jane Doe, cónyuge

Ejemplo: Jane Doe, cónyuge - 50%
Fred Doe, hijo - 50%

Los niños no deben ser nombrados como beneficiarios a menos que haya un fideicomisario nombrado para manejar la transacción de reclamación. Si no hay fideicomisario, la compañía de seguros debe determinar quién tiene la autoridad legal para aceptar el pago en nombre del niño o niños menores, lo que puede retrasar el pago de los beneficios.

Ejemplo: Jane y Fred Smith, hijos, con John Doe como fideicomisario si dichos niños son menores. Si decide nombrar a sus hijos, por favor incluya el nombre, dirección, número de seguro social y fecha de nacimiento de cada niño

Siempre es buena idea nombrar un beneficiario contingente ya que el beneficiario primario puede morir antes que el asegurado y si no se nombra ningún beneficiario contingente, los ingresos se pagarían según las cláusulas de la póliza.

Si un acreedor será el beneficiario, el formulario debe indicar la cantidad que debe pagársele al acreedor.

Ejemplo: Banco XYZ según su interés con el saldo pagadero a Jane Doe, cónyuge.

Si nombra una funeraria como beneficiario principal, por favor indique "según su interés" y nombre un beneficiario contingente para recibir cualquier beneficio no pagado a la funeraria.

Si tiene alguna pregunta sobre la designación de beneficiarios, por favor visite nuestro sitio web y chatee con nosotros en línea usando la herramienta de chat en vivo disponible en su portal de cuenta o envíenos un correo electrónico cx@aatx.com.

ANTES DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO, ¿HA:

- completado la Sección A y proporcionado información completa del propietario de la póliza?
- proporcionado información completa del beneficiario principal en la Sección B?
- proporcionado información completa del beneficiario contingente en la Sección C?
- completado la Sección D proporcionando todas las firmas y fechas apropiadas?



SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

Las solicitudes de cambio de beneficiario solo se pueden realizar durante la vida del asegurado. Una vez que el asegurador reciba este formulario completado, el cambio de beneficiario será efectivo a partir de la fecha en que fue firmado por el propietario de la póliza. Sin embargo, el cambio estará sujeto a cualquier pago que el asegurador haya realizado o acciones que haya tomado antes de recibir el formulario completado. La compañía puede reconocer la recepción de este cambio solicitado, pero no asume responsabilidad por su validez o efecto legal ni por los derechos y responsabilidades de ninguna persona.

Esta solicitud reemplaza y revoca todas las designaciones anteriores de beneficiarios primarios y contingentes.

Important Instructions

- Si nombra a varios beneficiarios y no desea que los beneficios se paguen en partes iguales, indique un porcentaje para cada beneficiario en el cuadro correspondiente. El total de todos los porcentajes en cada sección debe sumar 100%. No se puede usar una cantidad en dólares.
- Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada que incluya: a) el número de póliza y el nombre del asegurado; b) la información solicitada en el cuadro a continuación; c) la firma del propietario(s) junto con la fecha; y d) la firma de un testigo.
- Si el nuevo beneficiario es un fideicomiso, el nombre y la fecha del fideicomiso deben incluirse como el nombre en el cuadro de información a continuación.
- Si el nuevo beneficiario **NO** es un miembro de la familia, el documento debe ser notariado.

Por favor use tinta oscura y escriba toda la información excepto las firmas.

Sección A - Información de la póliza (debe completar esta sección)

Número de Póliza		Nombre del Asegurado		
Nombre del Propietario		Número de Seguro Social del Propietario		Fecha de Nacimiento del Propietario
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono

Sección B - Información sobre el beneficiario primario

Primario – El abajo firmante solicita por la presente que se revoken todas las designaciones anteriores de beneficiario primario y las opciones de liquidación elegidas y realiza las siguientes designaciones:

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Asegurado	Porcentaje
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de Teléfono
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Asegurado	Porcentaje
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de Teléfono
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Asegurado	Porcentaje
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de Teléfono

Sección C - Información del beneficiario contingente

Contingente (secundario) – *Recibe los beneficios SOLO si ningún Beneficiario primario sobrevive al asegurado.* El abajo firmante solicita que todas las designaciones anteriores de beneficiarios contingentes y las opciones de liquidación elegidas sean revocadas y realiza las siguientes designaciones:

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Asegurado	Porcentaje
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de Teléfono
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Asegurado	Porcentaje
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de Teléfono

Sección D - Firmas (debe completar esta sección)

Firma del Propietario de la Póliza (con título si corresponde)	Número de Teléfono del Propietario de la Póliza	Fecha de firma (mm/dd/aaaa)
Firma del Copropietario (con título si corresponde) o Segundo Oficial con título (si es propiedad corporativa)		Fecha de firma (mm/dd/aaaa)
Firma del Testigo (no puede ser un pariente ni un Beneficiario designado)	Nombre del Testigo (Por favor, en letra de imprenta)	Fecha de firma (mm/dd/aaaa)

ANTES DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO, ¿HA:

- completado la Sección A y proporcionado información completa del propietario de la póliza?
- proporcionado información completa del beneficiario principal en la Sección B?
- proporcionado información completa del beneficiario contingente en la Sección C?
- completado la Sección D proporcionando todas las firmas y fechas apropiadas?

Enviar a:
Departamento de Experiencia del Cliente
P.O. Box 2549
Waco, TX 76702-2549

Información de Contacto:
Fax: 1-254-297-2105

SI EL BENEFICIARIO NO ES UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, ESTE FORMULARIO DEBE SER NOTARIZADO O NO SERÁ PROCESADO.

Notario Público: