Anthem Blue Cross

Seguro de vida
Designación de beneficiario/ Cambio de nombre

NÚMERO DE GRUPO

Empleador:

1. Información personal

APELLIDO (letra de molde)	NOMBRE	Inicial	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO 1 ☐ M 2 ☐ F	FECHA DE NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

2. Designación del beneficiario del empleado

*Observe que los pagos del seguro de vida de los dependientes siempre se le pagan al empleado.

Principal beneficiario – El primero en recibir el pago (obligatorio) – *Si se nombra más de 1 beneficiario, escriba el % para cada uno. Si no se indica un %, los beneficios se dividirán por igual.*

Personas nombradas (Escriba el nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social y relación con el asegurado para cada persona indicada.)

NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	%
NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	%
NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	%
NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	%

☐ Patrimonio del asegurado **TOTAL** 100%

☐ Fideicomiso revocable o irrevocable (Escriba el nombre del síndico, nombre del fideicomiso y la fecha de establecimiento del fideicomiso)

☐ Síndico bajo el testamento del asegurado (Si elige esta opción NO escriba nombres adicionales en el campo del principal beneficiario.)

Segundo beneficiario – Segundo en recibir el pago (opcional) – *Si se nombra más de 1 beneficiario, escriba el % para cada uno. Si no se indica un %, los beneficios se dividirán por igual.*

Personas nombradas (Escriba el nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social y relación con el asegurado para cada persona indicada.)

NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	%
NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	%
NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	%
NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	%

☐ Patrimonio del asegurado **TOTAL** 100%

☐ Fideicomiso revocable o irrevocable (Escriba el nombre del síndico, nombre del fideicomiso y la fecha de establecimiento del fideicomiso.)

☐ Síndico bajo el testamento del asegurado (Si elige esta opción NO escriba nombres adicionales en el campo del segundo beneficiario.)

3. Cambio de nombre del empleado

NOMBRE NUEVO	APELLIDO (letra de molde)	NOMBRE	INICIAL
NOMBRE ANTERIOR	APELLIDO (letra de molde)	NOMBRE	INICIAL

4. Firma del empleado/ Fecha (obligatorias)

FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company es un concesionario independiente de Blue Cross Association. ® ANTHEM es una marca registrada.
® El nombre y símbolo Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

MACFR2698BSP 2/08