

Formulario de cambio individual



Por favor, guarde una copia para el asegurado.

Se solicita a Advance Insurance Company of Kansas (AICK) que realice los siguientes cambios relacionados con mi seguro bajo:

Identificación del suscriptor _____

Sección 1 – Información del asegurado (siempre complete esta sección)

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Número de Seguro Social _____

Apellido _____ Sufijo _____

Sección 2 – Cambio de nombre del asegurado

Cambiar el nombre del asegurado a:

Razón del cambio:

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Matrimonio Divorcio _____ / _____ / _____
Fecha del cambio

Apellido _____ Sufijo _____

Otro _____
Explique

Sección 3 – Cambio de dirección del asegurado

Cambiar dirección a:

Dirección de la calle o casilla postal _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Sección 4A – Cambio de beneficiario principal

Solo el asegurado puede cambiar al beneficiario. Se debe recibir el cambio de beneficiario antes de la muerte del asegurado y este entrará en vigor a partir de la fecha en que la oficina central de AICK lo reciba.

Información del beneficiario principal (quien recibe el beneficio después de la muerte del asegurado): Los beneficios se pagarán en partes iguales a las personas que aparecen abajo, a menos que usted lo indique de otra manera. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada con la información completa. Usted debe firmar y poner fecha a la hoja separada.

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación con el solicitante _____

Apellido _____ Sufijo _____

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento O _____
Edad

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación con el solicitante _____

Apellido _____ Sufijo _____

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento O _____
Edad

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación con el solicitante _____

Apellido _____ Sufijo _____

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento O _____
Edad

Continúe en la página siguiente.

Sección 4B – Cambio de beneficiario contingente (usted debe completar la Sección 4A si llena esta sección)

Información del beneficiario contingente [quien recibe el beneficio solo si el (los) beneficiario(s) en la Sección 4A muere(n)]: Si se enumera abajo a más de un beneficiario contingente, los beneficios se pagarán en

partes iguales, a menos que usted indique lo contrario. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada con la información completa. Usted debe firmar y poner fecha a la hoja separada.

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Relación con el solicitante _____
Apellido _____	Sufijo _____	_____/_____/_____ O _____ Fecha de nacimiento Edad

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Relación con el solicitante _____
Apellido _____	Sufijo _____	_____/_____/_____ O _____ Fecha de nacimiento Edad

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Relación con el solicitante _____
Apellido _____	Sufijo _____	_____/_____/_____ O _____ Fecha de nacimiento Edad

Sección 5 – Cambio de beneficio

- Eliminación de la cláusula de hijo derechohabiente, vigente a partir de: _____/_____/_____
Fecha de entrada en vigor
- Eliminación de la cláusula por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), vigente a partir de: _____/_____/_____
Fecha de entrada en vigor

Sección 5B – Autorización para divulgar la información médica protegida

Por este medio solicito que se modifique mi póliza según lo indicado en este formulario. Es de mutuo acuerdo que dicho cambio no entrará en vigor a menos

y hasta que se acepte, y que esta solicitud para realizar el cambio formará parte de mi solicitud original y estará sujeta a los términos de la póliza.

Se requiere su firma

_____	_____/_____/_____
Firma del asegurado	Fecha de la firma
_____	____-____-_____
Nombre escrito en letra de molde	Número de Seguro Social

¿Tiene preguntas? Contáctenos:

Por correo postal: Advance Insurance Company of Kansas
1133 SW Topeka Blvd.
Topeka, KS 66629-0001

Sitio web: advanceinsurance.com
Por teléfono: En Topeka (785) -273-9804;
Línea gratuita: 1-800-530-5989
Por fax: 785-290-0727