

Solicitud de Servicio de Póliza — Cambio de Beneficiario

Imprima este formulario. Después de completarlo, fírmelo con una firma original y envíelo por correo a la siguiente dirección:

American Income Life Insurance Company
PO Box 2608
Waco, Texas 76702

Dueño	Asegurado	Número de Póliza
Dueño	Asegurado	Número de Póliza
Dueño	Asegurado	Número de Póliza

Beneficiario Principal — A menos que se especifique lo contrario, los ingresos se pagarán en partes iguales al(los) sobreviviente(s).

Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)	Ingresos	
Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)	Ingresos	
Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)	Ingresos	
Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)	Ingresos	
Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)	Ingresos	

Beneficiario Contingente — Se pagará si no hay un Beneficiario Principal sobreviviente al momento del fallecimiento. A menos que se especifique lo contrario, los ingresos serán pagados en partes iguales al/los sobreviviente(s).

Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)		Ingresos

Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)		Ingresos

Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)		Ingresos

Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)		Ingresos

Nombre Completo del Beneficiario (escriba en letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento / /
Dirección (calle, ciudad, estado, Código Postal)		Ingresos

Comentarios

Nombre Impreso del Titular de la Póliza

Firma del Titular de la Póliza

Fecha de Firma