



# Solicitud de Cambio de Beneficiario para Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

Nota: Llene todo el formulario de reclamo, ya que no se podrá procesar si falta información. Complete con tinta y en letra de imprenta.

Nombre del grupo	N.º de póliza del grupo
Nombre del asegurado	N.º de Seguro Social

Blue Shield Life pagará los fondos recaudados al beneficiario principal. Si se nombra a más de una persona como beneficiario principal, los fondos recaudados se distribuirán en partes iguales entre aquellos beneficiarios principales que sobrevivan al asegurado, a menos que se especifique lo contrario en la columna de porcentaje.

## Sección 1: Beneficiario principal del seguro de vida

Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	%	Relación con el empleado/ miembro	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social	Dirección	Ciudad		Estado	Código postal
Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	%	Relación con el empleado/ miembro	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social	Dirección	Ciudad		Estado	Código postal

Los fondos recaudados se pagarán a un beneficiario secundario si ningún beneficiario principal sobrevive al asegurado.

## Sección 2: Beneficiarios secundarios del seguro de vida

Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	%	Relación con el empleado/ miembro	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social	Dirección	Ciudad		Estado	Código postal
Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	%	Relación con el empleado/ miembro	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social	Dirección	Ciudad		Estado	Código postal

Firma del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Sección 3 – Leyes de propiedad comunal

Si tiene un cónyuge o hizo un acuerdo de convivencia en pareja, vive en un estado de propiedad comunal (Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington o Wisconsin) y nombra como beneficiario a una persona que no es su cónyuge o pareja doméstica, es posible que el pago de los beneficios se demore o se dispute, a menos que su cónyuge/pareja doméstica también firme la designación del beneficiario.

**Para brindarle protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario:** Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

**Acepto las designaciones de beneficiarios indicadas arriba.**

Nombre del cónyuge/la pareja doméstica en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge/la pareja doméstica: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Instrucciones para completar la Solicitud de Cambio de Beneficiario

- **Recuerde firmar y fechar este formulario y hacer dos copias.**
- Para personas aseguradas en una póliza grupal: envíe este formulario a su Departamento de Recursos Humanos y guarde una copia.
- Para titulares de pólizas individuales: envíe una copia de este formulario a Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, 4203 Town Center Blvd., El Dorado Hills, CA, 95762.
- Si el beneficiario elegido es menor de edad al momento del pago, es posible que, para que se paguen los fondos recaudados, sea necesario un tutor legal del patrimonio del menor, nombrado por un tribunal.
- Si se nombra a más de un beneficiario principal o secundario, y no habrá una división en partes iguales, asegúrese de indicar porcentajes o fracciones, y no la cantidad en dólares que recibirá cada uno.\*
- Si tiene alguna pregunta, llámenos al **(888) 800-2742**.

\* Si tres o más beneficiarios recibirán partes iguales, indique "En partes iguales", "En partes iguales para los sobrevivientes" o "Todo para los sobrevivientes".