



Structured Settlement Unit  
30 Hudson Street – 22<sup>nd</sup> Floor  
Jersey City, NJ 07302-4600

## Formulario de solicitud de cambio de beneficiario

**Si necesitas ayuda, llama al Área de Servicios al número gratuito 1-855-469-5772.**

Instrucciones para completar este formulario:

- Los porcentajes de los beneficiarios primarios y secundarios deben sumar 100 %.
- Si designas a un fideicomiso como beneficiario, debes proporcionar las páginas del fideicomiso en las que se incluyen el nombre y la fecha del fideicomiso, y el nombre y la firma de los administradores.
- Si necesitas más espacio, agrega más páginas.
- Envía una copia escaneada del formulario completo por correo postal, fax o e-mail a la dirección que figura al dorso de este formulario.

**1. Información sobre la póliza:** *(debes brindar al menos 1 de los 3 datos para poder realizar este cambio con éxito)*

N.º de póliza (comienza con FP o 77)	Año de compra de la póliza	¿Comenzaste a recibir los pagos?    Sí    o    No
		En caso afirmativo, ¿cuál es el importe del último pago recibido? \$

**2. Información sobre el rentista o beneficiario:**

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
N.º de Seguro Social (los últimos 4)	Fecha de nacimiento -    -	Dirección de e-mail
Dirección	Ciudad, estado, código postal	

**3. Beneficiarios principales:**

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
N.º de Seguro Social	Teléfono (    )	Fecha de nacimiento -    -
Dirección	Ciudad, estado, código postal	
Relación con el rentista o beneficiario	Porcentaje (parte)	

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
N.º de Seguro Social	Teléfono (    )	Fecha de nacimiento -    -
Dirección	Ciudad, estado, código postal	
Relación con el rentista o beneficiario	Porcentaje (parte)	

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
N.º de Seguro Social	Teléfono (    )	Fecha de nacimiento -    -
Dirección	Ciudad, estado, código postal	

Sigue al dorso

Rev. 2020

Relación con el rentista o beneficiario	Porcentaje (parte)
---	--------------------

**4. Beneficiario secundario (si corresponde):**

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
N.º de Seguro Social	Teléfono (      )	Fecha de nacimiento -   -
Dirección	Ciudad, estado, código postal	
Relación con el rentista o beneficiario	Porcentaje (parte)	

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
N.º de Seguro Social	Teléfono (      )	Fecha de nacimiento -   -
Dirección	Ciudad, estado, código postal	
Relación con el rentista o beneficiario	Porcentaje (parte)	

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
N.º de Seguro Social	Teléfono (      )	Fecha de nacimiento -   -
Dirección	Ciudad, estado, código postal	
Relación con el rentista o beneficiario	Porcentaje (parte)	

Los beneficiarios antes mencionados reemplazan a todos los beneficiarios previamente designados para esta póliza. Ante el fallecimiento del rentista o beneficiario, New York Life pagará los beneficios por fallecimiento que correspondan o realizará los pagos periódicos restantes en porcentajes iguales (si no se indica otro porcentaje más arriba) a los beneficiarios primarios supervivientes. Si no sobrevive ningún beneficiario primario, New York Life realizará los pagos a los beneficiarios secundarios en porcentajes iguales (si no se indica otro porcentaje más arriba). Si uno o más de los beneficiarios primarios (o secundarios, si corresponde) fallece antes que los demás beneficiarios primarios (o secundarios, si corresponde), la parte del beneficiario fallecido se dividirá en proporciones iguales entre los beneficiarios primarios (o secundarios, según corresponda) supervivientes. Si al momento del fallecimiento del rentista o beneficiario no hay beneficiarios primarios o secundarios vivos, New York Life pagará el patrimonio sucesorio del rentista o beneficiario.

**5. Firmas (obligatorias).** Con tu firma, confirmas que la información incluida en este formulario es correcta.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del rentista o beneficiario del pago      Fecha

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del rentista conjunto (si corresponde)      Fecha

Envía una copia escaneada del formulario completado por correo postal, fax o e-mail, según se indica a continuación. Si tienes preguntas, no dudes en contactarnos.

**New York Life Insurance - Structured Settlements**

**30 Hudson Street – 22<sup>nd</sup> Floor**

**Jersey City, NJ 07302-4600**

**Número de teléfono gratuito: 855-469-5772**

**Fax: 908-840-3880**

**E-mail: [ssservice@newyorklife.com](mailto:ssservice@newyorklife.com)**

**Sitio web: [nylstructuredsettlements.com](http://nylstructuredsettlements.com)**