

South Central Hispanic District Council of the Assemblies of God
Formulario Standard de Inscripción para Seguro de vida y Designación de Beneficiario

Sección A - Información General del participante (por favor escriba con letra de molde)

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____
SS # _____ Fecha de nacimiento _____ Género: Masculino Femenino
Dirección postal _____
Calle o P.O. Box _____ Ciudad, Estado, Código _____
Tel. domicilio _____ E-mail _____ Credencial # _____

Sección B - Designación de beneficiarios

La(s) siguiente(s) será(n) mi(s) beneficiario(s). (*Marque primario o contingente junto al nombre de cada beneficiario.*) Si uno de mis beneficiarios no me sobrevive, el(los) beneficiario(s) contingente(s) recibirá la designada porción de mi cuenta.

Nombre _____ Teléfono _____ Primario
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Contingente
SS # _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Porción ____%

Nombre _____ Teléfono _____ Primario
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Contingente
SS # _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Porción ____%

Nombre _____ Teléfono _____ Primario
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Contingente
SS # _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Porción ____%

Nombre _____ Teléfono _____ Primario
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Contingente
SS # _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Porción ____%

Nombre _____ Teléfono _____ Primario
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Contingente
SS # _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Porción ____%

Si necesita, adjunte hojas adicionales para las designaciones de beneficiario.

Marque sólo una:

- Si una hija o un hijo mío está designado como beneficiario primario o beneficiario contingente y no me sobrevive, la porción que le ha sido asignada será para mis otros hijos en porciones iguales
- Si una hija o un hijo mío está designado como beneficiario primario o beneficiario contingente y no me sobrevive, la porción que le ha sido asignada será para su otra descendencia (mis nietos) por derecho de representación.

El pagador puede depender plenamente de esta designación, y me comprometo a dar oportuno aviso al pagador si hay algún cambio en la designación de beneficiario primario o beneficiario contingente.

Sección C - Firma

Firma del participante _____ Fecha _____

Devuelva este formulario a Joe Tovar – Secretario Tesorero de Distrito, South Central Hispanic District
PO Box 7929, Springdale, AR 72766
Teléfono: 479.756-5858 Email: credentialing@schdag.org
Guarde una copia de este documento en su archivo personal