

3. 상기 거명된 개인에게 보장 혜택을 주는 생명 보험 증권에 대해 알고 계십니까?
아니요 (#4로 가십시오) 예 (해당 보험증권에 관하여 다음을 완성해 주십시오)

보험 회사 _____ 보험증권 _____

4. 상기 거명된 개인이 메디케이드 또는 메디케어 외의 건강 보험으로 보장을 받는지 알고 계십니까?
아니요 (#5로 가십시오) 예 (해당 보험증권에 관하여 다음을 완성해 주십시오)

보험 회사 _____ 보험증권 _____

그룹 보험 또는 고용주의 이름 및 주소 _____

5. 상기 거명된 개인이 신탁 재산, 사유지, 또는 소송 화해에 이해관계가 있는지 알고 계십니까?
아니요 (#6로 가십시오) 예 (서술해 주십시오) _____

6. 상기 거명된 개인이 현금, 부동산 또는 기타 자산을 지난 36개월 동안 매각, 인도 또는 이전했는지 알고 계십니까?
아니요 (#7로 가십시오) 예 (서술해 주십시오) _____

7. 많은 개인들이 그들의 부모님 또는 배우자가 은퇴할 때, 장애자가 될 때 또는 사망 시에 소득 혜택을 보게 됩니다. 해당하는 경우 다음을 작성해 주시기 바랍니다.

	모	부	배우자
퇴직일	_____	_____	_____
장애일	_____	_____	_____
사망일	_____	_____	_____
사망 장소	_____	_____	_____

제공된 정보는 본인이 아는 한 정확하며 사실임을 증명합니다.

서명 _____ 날짜 _____

이 개인과의 관계 _____

집 전화 _____ 직장 전화 _____