



## Notice of Termination of Domestic Partnership

Complete and mail to United Agricultural Benefit Trust,  
54 Corporate Park, Irvine, CA 92606.5105; 800.223.4590; Fax 949.975.1573

I, the undersigned, do declare that:

Former Partner: \_\_\_\_\_ and I are no longer  
First Name, Middle Name, Last Name and Social Security Number

Domestic Partners effective \_\_\_\_\_.

If termination is caused by death or marriage of the Domestic Partner, please indicate the date of the death or the marriage \_\_\_\_\_.

Sign and print complete name – if not printed legibly, application will be rejected.  
Signature must be notarized.

\_\_\_\_\_  
Signature of One Domestic Sponsor

\_\_\_\_\_  
Signature of One Domestic Sponsor

\_\_\_\_\_  
First Name, Middle Name, Last Name

\_\_\_\_\_  
First Name, Middle Name, Last Name

\_\_\_\_\_  
Former Common Residence Address, City, State, Zip Code

\_\_\_\_\_  
Former Common Residence Address, City, State, Zip Code

\_\_\_\_\_  
Current Mailing Address, City, State, Zip Code

\_\_\_\_\_  
Current Mailing Address, City, State, Zip Code

### NOTARIZATION IS REQUIRED

State of California

County of \_\_\_\_\_

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_, before me, \_\_\_\_\_ the undersigned notary, personally appeared \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ personally known to me (or proved to me through identification documents allowed by law which are to be the persons whose names are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she voluntarily executed this document for the purpose of terminating a Domestic Partnership.

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary

(Notary Seal)



# Notificación de Terminación de Relación Doméstica

Favor de llenar esta forma y enviar por correo a United Agricultural Benefit Trust, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606.5105; 800.223.4590; Fax 949.975.1573

Yo, la persona que suscribe, declaro que:

Mi pareja anterior: \_\_\_\_\_ y yo ya no somos  
Nombre(s), Apellido(s) completos y Número de Seguro Social

Pareja Doméstica, a partir del día \_\_\_\_\_.

Si la terminación se debe al fallecimiento o matrimonio de la Pareja Doméstica, por favor indique la fecha del fallecimiento o del matrimonio \_\_\_\_\_.

Favor de firmar y escribir con letra de molde el nombre completo – si la información no es legible, la solicitud será rechazada. La firma debe de ser certificada por Notario Público.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y Apellido(s) completos

\_\_\_\_\_  
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal del Domicilio Común Anterior

\_\_\_\_\_  
Dirección, Actual, para Recibir Notificaciones/Correo, Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y Apellido(s) completos

\_\_\_\_\_  
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal del Domicilio Común Anterior

\_\_\_\_\_  
Dirección Actual para Recibir Notificaciones/Correo, Ciudad, Estado, Código Postal

## REQUIERE CERTIFICACIÓN POR NOTARIO PÚBLICO

Estado de California  
Condado de \_\_\_\_\_

Este día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_ el Notario Público que firma este documento, comparece personalmente \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ a quien conozco personalmente (o comprueba mediante documentos legales de identificación ser la persona cuyo nombre se suscribe en este documento y declara que él/ella voluntariamente firma el documento con el propósito de anular una Relación Doméstica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

(Sello Oficial del Notario Público)