



Member ID
ID del miembro

Authorization To Communicate Through My Designee

Autorización Para Comunicarse A Través De Mi Apoderado

Section 1 - General Information Sección 1 - Información General

Name of principal Nombre del otorgante	Date of birth Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
---	--

Address of principal
Dirección

Name of designee Nombre del apoderado	Date of birth Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
--	--

Address of designee Dirección del apoderado	Phone Número de teléfono (____) ____ - ____
--	---

Section 2 - Authorization Sección 2 - Autorización

English - I, the undersigned "Principal", understand that the official language of Thrivent Financial is English. To assist me in obtaining information and to assure that I understand information about insurance and other financial services products that might be available to me, as well as to assist me in applying to purchase or service such products, I authorize Thrivent and its representatives to communicate with me through my Designee (indicated above) who I authorize to act as my interpreter. My Designee will assist me during my interactions with Thrivent and its representatives. I understand that I will be asked questions through my Designee, including some questions relating to sensitive personal information, such as information regarding my personal and family financial circumstances and my personal health, for example. Thrivent may also need to validate certain personal financial and/or health information that Thrivent has in its possession, which would then be disclosed to my Designee. My Designee will translate questions and other information for me and will relay my responses to those questions from Thrivent or its representatives for the purposes of obtaining information regarding Thrivent's products or applying for or servicing such products. Unless I grant independent transaction authority to my Designee by way of another approved method, such as a Power of Attorney, my Designee is not authorized to act independently or to have discretionary authority to act on my behalf. Rather, my Designee can speak on my behalf solely to relay any questions I have and to communicate the responses I am providing and decisions that I have made. I have discussed with my Designee the importance of accurately interpreting Thrivent's information and questions for me and the need for accurately communicating my questions and responses to Thrivent. I understand that I have the right to receive a copy of this Authorization. I also understand that while this Authorization will expire 1 year from the date of signing, I can revoke this Authorization at any time by notifying Thrivent in writing. I agree that Thrivent and its representatives can rely on the responses provided by my designee as if the responses were coming directly from me. I agree to absolve Thrivent and its representatives from any and all liability that might arise due to the use of my Designee as interpreter.

Español - Yo, el "Otorgante" que suscribe, comprendo que el idioma oficial de Thrivent Financial es el inglés. Autorizo a Thrivent y a sus representantes a comunicarse conmigo a través de mi Apoderado (indicado anteriormente), a quien doy mi autorización para que actúe como mi intérprete, a fin de que me ayude a obtener información y asegurarme de que comprenda la información relativa a seguros y otros productos de servicios financieros que podrían estar a mi disposición, y, asimismo, para que me ayude a solicitar la adquisición o contratación de dichos productos. Mi Apoderado me asistirá durante las interacciones que tenga con Thrivent y sus representantes. Entiendo que a través de mi Apoderado me harán preguntas, incluidas algunas relacionadas con información personal confidencial, como por ejemplo, información sobre mi salud y mi situación financiera personal y familiar. También es posible que Thrivent tenga que validar determinada información financiera y/o de salud personal que tiene en su poder, la cual sería divulgada a mi Apoderado. Mi Apoderado me traducirá las preguntas y otra información y transmitirá mis respuestas a dichas preguntas de Thrivent o sus representantes con el propósito de obtener información con respecto a los productos de Thrivent o de solicitar o contratar dichos productos. A menos que le otorgue a mi Apoderado una autorización para que realice transacciones independientes a través de otro método aprobado, como un poder, mi Apoderado no está autorizado a actuar de manera independiente ni goza de discrecionalidad para actuar en mi nombre. Mi Apoderado puede hablar en mi nombre únicamente para transmitir cualquier pregunta que yo pueda tener y para comunicar las respuestas que doy y las decisiones que tomo. He conversado con mi Apoderado sobre la importancia de que interprete con exactitud la información y las preguntas de Thrivent y sobre la necesidad de que comunique con precisión mis preguntas y respuestas a Thrivent. Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. También entiendo que si bien esta Autorización vencerá a un año de la firma, puedo revocarla en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Thrivent. Acepto que Thrivent y sus representantes pueden confiar en las respuestas que dé mi apoderado como si estas provinieran directamente de mí. Acepto exonerar a Thrivent y sus representantes de toda responsabilidad civil que pudiera surgir a consecuencia de utilizar a mi Apoderado como intérprete.

Section 3 - Agreements and Signatures
Sección 3 - Acuerdos y Firmas

Failure to sign this form will make it invalid.
 Este formulario será inválido si carece de firma.

Signature of principal Firma del otorgante X	Date signed Fecha ____ / ____ / ____
Signature of designee Firma del apoderado X	Date signed Fecha ____ / ____ / ____
Signature of witness (non-interested party) Firma del testigo (parte no interesada) X	Date signed Fecha ____ / ____ / ____

Mail completed form to:
Enviar el formulario completado a:
 Thrivent Financial
 PO Box 8075
 Appleton WI 54912-8075

Fax:
 800-225-2264