

Asegurado \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

 Propietario de la Póliza  
 (Si no es el asegurado) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento     |     |      
 dd mm aaaa

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**NUEVA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS  
 BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES)**

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	%	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	DESIGNACIÓN IRREVOCABLE
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Si se designa a más de una persona, los beneficios se pagarán en partes iguales a los sobrevivientes, a menos que se indique lo contrario.

 Si se designan menores de edad, el tutor es \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del tutor:     |     |      
 y el número de identificación del tutor es \_\_\_\_\_ dd mm aaaa

Si ningún beneficiario principal sobrevive al asegurado, el beneficio se pagará al beneficiario contingente. Dicho pago se hará en una sola cantidad.

**BENEFICIARIO CONTINGENTE**

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	%	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Si se designa a más de una persona, los beneficios se pagarán en partes iguales a los sobrevivientes, a menos que se indique lo contrario.

 Si se designan menores de edad, el tutor es \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del tutor:     |     |      
 y el número de identificación del tutor es \_\_\_\_\_ dd mm aaaa

Si ningún beneficiario contingente sobrevive al asegurado, el beneficio se pagará al Propietario o a la sucesión del Propietario. Dicho pago se hará en una sola cantidad.

A continuación explique la razón del cambio de beneficiario: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Todo parentesco o relación deberá referirse a la persona asegurada que se menciona en el encabezado de este formulario. Si un beneficiario no fuera una persona, todas las referencias que se hagan sobre la vida o la muerte deberán entenderse como la continuidad o no continuidad de la existencia de dicha entidad. Los intereses de todos los beneficiarios quedarán sujetos a cualquier asignación de esta póliza que se tenga en el expediente de la Compañía.

A menos que se indique lo contrario en la póliza, el Propietario se reserva el derecho de volver a cambiar de beneficiario sin el consentimiento de dicho beneficiario. Queda entendido que esta solicitud de cambio de beneficiario reemplaza a todas las solicitudes previas y entrará en vigencia en la fecha registrada por la Compañía, conforme lo indicado a continuación. Si la póliza arriba numerada no está en vigencia cuando se inscriba este acuerdo, dicha acción no constituye la aceptación de la vigencia de la póliza por parte de la Compañía.

Cada una de las firmas debe hacerse en presencia del Asesor

Firma del/los Propietarios(s) de Póliza \_\_\_\_\_

Fecha      |      |       
mm dd aaaa

Nombre del Beneficiario Irrevocable, si existe \_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario Irrevocable \_\_\_\_\_

Fecha      |      |       
mm dd aaaa

Para que el cambio de beneficiario se haga efectivo se requiere adjuntar a esta forma:

- Copia de la identificación del Propietario de la póliza.
- Copia de la identificación del anterior beneficiario irrevocable, si lo hubiera.
- Copia de la identificación del nuevo beneficiario